

PRURIGO ALS POLYÄTIOLOGISCHES SYNDROM

VON

HORST LACHNER

*Mainz 1966*







Aus der Universitäts-Hautklinik Mainz

Direktor: Prof. Dr. G.W.Korting

PRURIGO ALS POLYÄTIOLOGISCHES SYNDROM

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät

der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

HORST LACHNER

aus Nürnberg

MAINZ 1967

Dekan: Professor Dr.med. J. Borneff  
Referent: Privat-Dozent Dr.med. H. Holzmann  
Korreferent: Professor Dr.med. G. W. Korting  
Tag der mündl. Prüfung: 9. Dezember 1966



Gesamtherstellung: Ditter Mainz

# INHALTSÜBERSICHT

|                                                                          | Seite |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|
| I. Das Schrifttumswissen der Prurigo .....                               | 1     |
| 1. Historische Entwicklung der Prurigo und ihre Einteilungen ..          | 1     |
| 2. Definition des Begriffes Prurigo .....                                | 8     |
| 3. Einteilung nach morphologischen Gesichtspunkten<br>sowie Klinik ..... | 9     |
| a) Prurigo simplex subacuta .....                                        | 9     |
| b) Prurigo chronica multiformis .....                                    | 14    |
| c) Prurigo chronica Hebra .....                                          | 16    |
| d) Prurigo nodularis Hyde .....                                          | 18    |
| 4. Einteilung nach ätiologischen Gesichtspunkten<br>sowie Klinik .....   | 22    |
| a) Prurigo gestationis .....                                             | 22    |
| b) Prurigo melanotica .....                                              | 23    |
| c) Prurigo lymphatica .....                                              | 24    |
| d) Prurigo dermatographica .....                                         | 26    |
| e) Prurigo meteoropathica .....                                          | 26    |
| f) Prurigo aestivalis .....                                              | 27    |
| g) Prurigo uratica .....                                                 | 28    |
| h) Prurigo diabetica .....                                               | 28    |
| i) Prurigo hiemalis .....                                                | 28    |
| II. Eigene Befunde am Krankengut der Universitäts-Hautklinik .....       | 29    |
| 1. Kasuistik .....                                                       | 29    |
| 2. Gegenüberstellung von Ätiologie und Lokalisation .....                | 65    |
| 3. Diskussion der Befunde .....                                          | 69    |
| III. Zusammenfassung .....                                               | 71    |
| Literaturverzeichnis .....                                               | 73    |



## I. DAS SCHRIFTTUMSWISSEN DER PRURIGO

### 1. Historische Entwicklung der Prurigo und ihre Einteilungen

"Wohl kaum ein Kapitel der Dermatologie weist eine solche Verwirrung der Begriffe auf wie dasjenige der Prurigo" (LUTZ 1957). Die Hauptschwierigkeiten liegen in der Tatsache begründet, daß für die gleichen Hautaffektionen bald der Ausdruck "Prurigo", bald die Bezeichnung "Lichen" verwendet wurde. Außerdem fassen besonders die französischen Dermatologen wie BESNIER, DARIER und A.CIVATTE den Begriff Prurigo zu weit und bezeichnen mit Prurigo nach dem Vorschlag BESNIERS auch die Neurodermitis. Weiterhin macht MASSOT kaum einen Unterschied zwischen Prurigo und Pruritus (KOGOJ). Schließlich werden ätiologische Faktoren in die Nomenklatur einbezogen.

Die Prurigo hat eine sehr alte Geschichte. Der Begriff Prurigo erscheint schon im zweitältesten medizinischen Werk, das 605-609 n.Chr. in China verfaßt wurde und eine ausgezeichnete objektive Darstellung der klinischen Symptome aller Krankheiten unter Berücksichtigung ihrer Ätiologie bringt (RICHTER). Zwar findet man bei Hippokrates schon Beschreibungen juckender Hautkrankheiten, aber nach v.HEBRA handelt es sich wahrscheinlich nicht um die "Prurigo". Weiterhin bezeichnete Celsus mit Prurigo eine Empfindung, die als prognostisch ungünstig für den weiteren Krankheitsverlauf galt, und Plinius differenzierte noch nicht zwischen Scabies und Prurigo.

Fernelius Ambianus hat 1592 als erster unter der Bezeichnung Impetigo ein Krankheitsbild beschrieben, das unserer heutigen Prurigo vollkommen gleicht (F.v.HEBRA u. M.KAPOSÍ). Aber die eigentliche Geschichte der Prurigo beginnt erst mit Willan, der 1798 für die Papeln ein ordnendes Prinzip aufgestellt hat. Er unterscheidet drei Gruppen:

1. den Strophulus, 2. den Lichen, 3. die Prurigo.  
Letztere teilt er in verschiedene Formen ein: a) mitis, b) formicans, c) senilis, d) podicis, e) praeputii, f) urethrae, g) pubis, h) scroti, i) pud.mu-  
liebris.

Eine neue Epoche in dieser Frage, nämlich in der Gliederung der Prurigoerkrankungen, beginnt mit Ferd.v.HEBRA (1860). Mit bewundernswerter Klarheit hat er das bestehende System der "pruriginösen Affektionen" zerlegt und seine Prurigo herausgearbeitet. Nach ihm behalten nur die Prurigo mitis et formicans ihre Gültigkeit, während die übrigen Affektionen unter der Bezeichnung

"Pruritus cutaneus" zusammengefaßt werden. Das entscheidende Kriterium für die Zuordnung einer Dermatose zu der Prurigogruppe ist für HEBRA eine dem Jucken vorausgehende krankhafte Veränderung der Haut.

TOMMASOLI (1895) prägt den Begriff der Prurigo temporanea autotoxica und unterscheidet zwischen der Prurigo temporanea mit acutem oder subacutem Verlauf und der Prurigo chronica, die er wiederum in den Typus Hebra und weitere Formen der chronischen Prurigo unterteilt.

Während BROcq die Ansicht vertrat, daß es außer Prurigo simplex acuta und Prurigo Hebra keine anderen echten Prurigoformen gebe, hat J. DARIER (1923) den Begriff der Prurigo wieder weiter gefaßt und vereinigt die Prurigo mit einem Teil der lichenoiden Erkrankungen (WINKLER). Er versteht darunter jeden primären Pruritus, bei dem spezielle Hautreaktionen und Lichenifikation bestehen. Folglich fügt er auch die Neurodermatitis Brocq wieder zu den Prurigoerkrankungen und trennt neben einer Prurigo Hebra, Prurigo nodularis Hyde, Prurigo simplex acuta seu Streophulus und Prurigo lymphadénique (DUBREUILH 1905) noch eine Prurigo vulgaris diffusa (Neurodermitis disséminées) und eine Prurigo circumscripta (Lichen simplex chronicus Vidal).

M. WINKLER (1927) tritt dagegen aus klinischen und didaktischen Gründen unbedingt für eine Trennung der Prurigo von den lichenoiden Erkrankungsformen ein. Er akzeptiert jedoch den Ausdruck Prurigo vulgaris und rechnet dazu einmal die Prurigo diathésique von BESNIER, dann die atypischen Fälle der Prurigo von JACQUET und die chronischen Prurigoformen, die nicht zum Typus Hebra gehören. Nach seiner Meinung ist eine Trennung der Prurigo vulgaris von der Neurodermitis disseminata manchmal kaum möglich, und es gebe Übergangsformen, besonders wenn man sich auf den Standpunkt von BROcq stellt, nachdem es mehr auf die individuelle Reaktion des Menschen als auf die ätiologischen Faktoren ankäme. Diese Möglichkeit wurde auch von JADASSOHN angenommen. M. WINKLER teilt die Prurigoerkrankungen nach der Therapiezugänglichkeit in Prurigoformen ein:

I. mit chronischem Verlauf, die der Therapie schwer zugänglich sind:

- a) Prurigo Hebra
- b) Prurigo nodularis Hyde = Prurigo à grosses papules und

II. in solche, die zum Teil mehr flüchtigen Charakter aufweisen oder mehr chronisch verlaufen, aber der Behandlung besser zugänglich sind:

- a) Strophulus
- b) Prurigo simplex acuta = Prurigo temporanea
- c) Prurigo vulgaris (DARIER) mit Ausschluß der Neurodermitiden

Clément SIMON (1946) läßt wieder nur drei Prurigoformen gelten:

1. Strophulus
2. Prurigo simplex acuta
3. Prurigo Hebra

Er schließt die Prurigo diathésique von BESNIER, die Prurigo simplex chronica, die Prurigo hiemalis, die Prurigo nodularis Hyde, die Prurigo aestivalis und die Prurigo lymphadénique aus dem Kreis der Prurigoerkrankungen aus, weil sie alle nicht die urticarielle Seropapel aufweisen. Demgegenüber teilt PIERINI und Mitarbeiter (1952) die Prurigo in

I. akute Formen:

1. Strophulus
2. Prurigo simplex acuta adulatorum
3. Prurigo apodemica und

II. in chronische Formen:

1. Prurigo Hebra
2. Prurigo nodularis Hyde
3. Prurigo Besnier
4. Prurigo melanotica
5. Prurigo aestivalis seu solaris
6. Prurigo hiemalis
7. Prurigo simplex chronica diffusa
  - a. mit Lichenifikation
  - b. senilis
  - c. gestationis
8. Prurigo simplex chronica circumscripta
  - a. Neurodermätitis
  - b. leukodermischer Typ
  - c. vulvae
  - d. analis
  - e. perianalis
  - f. pubica
  - g. scrotalis
  - h. axillaris

Nach WORINGER (1961) werden in der französischen Literatur die Prurigoerkrankungen im allgemeinen in 4 Gruppen untergliedert.

Die erste Gruppe ist durch die urticarielle Papel gekennzeichnet. Hierzu werden der Strophulus des Kleinkindes und die Prurigo simplex beim älteren Kind sowie beim Erwachsenen mit einer akuten, subakuten und chroni-

schen Verlaufsform gerechnet. Zur zweiten Gruppe wird die Prurigo nodularis Hyde gezählt, wobei ein Unterschied gegenüber der Neurodermitis nodularis nicht anerkannt wird. Die dritte Gruppe umfaßt lediglich die Prurigo simplex chronica circumscripta Darier. Bei der vierten Gruppe handelt es sich um Erscheinungsformen, bei denen im Krankheitsbild nebenbei Prurigopapeln bei einer Neurodermitis oder einem Ekzem vorkommen. Hierzu gehören die Prurigo Besnier, die Prurigo chronica Hebra und die Prurigo Darier, welche die Amerikaner unter der "atopic dermatitis" zusammenfassen. Im französischen Schrifttum werden die Prurigo hiemalis, die Prurigo aestivalis und die Prurigo lymphadénique Dubreuilh aus der Prurigogruppe ausgeklammert. LUTZ (1957) unterscheidet, sich auf die charakteristische Primäreffloreszenz stützend, vier Formen der Prurigoerkrankungen:

1. Strophulus, als die Prurigo simplex acuta des Kindesalters
2. Prurigo simplex subacuta; Prurigo temporanea; Prurigo simplex chronica und als besondere Variante die Prurigo melanotica oder Prurigo nigricans phthiriasiformis.

In dieser Gruppe finden sich die Prurigo hiemalis, die Prurigo aestivalis, die Prurigo gestationis, die Prurigo lymphadénique sowie die prurigoartigen Exantheme im Verlauf einer lymphatischen Leukämie, einer Polycythämie oder bei malignen Tumoren Erwähnung. Als eine eigenartige Form der Prurigo simplex chronica wird die Prurigo apodemica argentina Pierini oder Prurigo da Fascio angeführt.

3. Prurigo nodularis Hyde
4. Prurigo chronica multiformis mit den Untergruppen:
  - a. vulgaris
  - b. Hebra

BOHNSTEDT (1959) bringt in seiner Gliederung der Prurigoerkrankungen zwei Hauptgruppen. In der ersten findet man die akuten Verlaufsformen, die dadurch gekennzeichnet sind, daß die Hautveränderungen nur aus urticariellen Papeln und keiner zusätzlichen Lichenifikation bestehen. Diese Gruppe führt den Oberbegriff "Prurigo simplex". Hierzu gehören:

1. Strophulus als die Prurigo simplex acuta des Kleinkindes
2. Prurigo simplex acuta bzw. subacuta des Jugendalters = Prurigo temporanea Tommasoli
3. Prurigo simplex subacuta und als Unterformen:
  - a. Prurigo gestationis
  - b. Prurigo aestivalis.

In der zweiten Gruppe werden die chronischen Verlaufsformen aufgezählt, bei

denen neben der charakteristischen Primäreffloreszenz der Prurigo auch eine Lichenifikation und eine Neigung zur Chronizität besteht. Diese Gruppe trägt den Oberbegriff Prurigo chronica und gliedert sich in:

1. Prurigo chronica Hebra
2. Prurigo chronica multiformis Lutz (nach DARIER Prurigo vulgaris),  
wozu er auch a) die Prurigo hepatica,  
b) die Prurigo diabetica Mian (1951) sowie  
c) die Prurigoerscheinungen bei Haematodermien  
rechnet.
3. Prurigo nodularis Hyde.

Das modernste Einteilungsschema stammt von KOGOJ (1961), der die Prurigoerkrankungen folgendermaßen gliedert:

1. Prurigo Hebra
2. Prurigo temporanea seu simplex.

Hier unterscheidet er nach der Verlaufsdauer eine akute, subacute und chronische Form. Die Bezeichnung "Prurigo" temporanea seu simplex subacuta soll für jene Hautveränderungen reserviert bleiben, die relativ monomorph sind und eine Zeitbegrenzung im Bestand der Hautveränderungen aufweisen. Außerdem führt er hier eine Anzahl von Hautveränderungen auf, die zwar den Namen Prurigo tragen und dem typischen Prurigoknötchen ähnliche oder entsprechende Effloreszenzen aufweisen, jedoch "unzweifelhaft als Folgeerscheinungen äußerer Einwirkungen oder pathologischer Vorgänge im Innern des Organismus auftreten". Zu den ersteren gehören die Prurigo hiemalis, die Prurigo aestivalis, die Sommerprurigo von HUTCHINSON, die Prurigo apodemica oder Prurigo da Fascio, die Prurigo gestationis und die Prurigo melanotica sowie Prurigo-ähnliche Exantheme bei Retikulo sen, Leukosen, Lymphogranulom, Polycythämie sowie Prurigo uratica (COMEL 1938) und diabetica Mian (1951). Nach KOGOJ können diese Dermatosen nicht als Formen oder Arten der Prurigo betrachtet werden.

BOHNSTEDT räumt neben der Prurigo simplex subacuta der Prurigo temporanea von TOMMASOLI als dem Strophulus des Jugendalters vom 15. - 30. Lebensjahr einen besonderen Platz ein. KOGOJ dagegen tritt aus folgenden Gründen dafür ein, diese Zweiteilung fallenzulassen. Denn es kommen die bei Prurigo temporanea von BOHNSTEDT angeführten relativ deutlich ausgeprägten exsudativen Vorgänge bei der kindlichen Haut gern vor, während die bei der Prurigo simplex subacuta geringere Exsudationsfreudigkeit der

strafferen Erwachsenenhaut entspricht. Die Unterschiede sind also in der Hauptsache durch das Mengenverhältnis zwischen seröser Exsudation und cellulärer Infiltration, also zwischen Exoseroe und Exocytose bedingt. Diese nur quantitativen Differenzen klinischer und histologischer Art, die zum größten Teil nur durch die Verschiedenheit der befallenen Altersgruppen verursacht werden, genügen KOGOJ nicht, die Trennung zweier Krankheitsintensitäten beizubehalten.

### 3. Prurigo chronica multiformis

So wie der Strophulus eine Verbindung zwischen Urticaria und der Prurigo-Gruppe bildet, stellt die Prurigo chronica multiformis die Verbindung zur Neurodermitis her, wobei allerdings betont wird, daß diese Verbindung bei weitem nicht so eng und unzweideutig ist wie die des Strophulus zur Urticaria (KOGOJ). KOGOJ spricht sich auch gegen die Beibehaltung des Begriffes Prurigo vulgaris Darier aus, weil diese Dermatoe von verschiedenen Autoren entweder zur Prurigo chronica multiformis oder aber zur Neurodermitis gerechnet wird.

WINKLER akzeptiert zwar den Begriff Prurigo vulgaris, will aber alle reinen Neurodermitisfälle ausschließen. Die Frage nach der Beziehung zwischen Neurodermitis und der Prurigogruppe kann dahingehend beantwortet werden, daß heute allgemein die Tendenz besteht, die als Prurigo Besnier, spätexsudatives Ekzematoide (ROST), atopie dermatitis (SULZBERGER), endogenes Ekzem (GOTTRON-KORTING) bezeichneten Dermatosen als identisch anzusehen. LUTZ unterscheidet bei der Prurigo chronica multiformis nach dem Auftreten der Erscheinungen zwischen zwei Formen. Dem ersten Typus, der bereits in der Kindheit auftritt und als Prurigo Hebra noch besondere Erwähnung findet, steht die andere chronische Variante gegenüber, die erst in vorgereichten Jahren auftritt, und als weitere Entwicklung kann es dann zur Prurigo chronica simplex oder auch zur Ausbildung des polymorphen Typus kommen. Diese zweite Form hat LUTZ, um den Gegensatz zur Prurigo Hebra herauszustellen, als Prurigo chronica vulgaris bezeichnet.

### 4. Prurigo nodularis Hyde

Die Prurigo nodularis Hyde, 1880 von HARDAWAY erstmals beschrieben, wird allgemein zu den chronischen Prurigoformen gerechnet. Diese Dermatoe ist durch ein negatives Stigma charakterisiert, nämlich durch das Fehlen typischer Prurigoeffloreszenzen. PAUTRIER (1934) hat durch seine histologischen Untersuchungen eine Vermehrung von Nervengewebe nachgewiesen.

Dieser Befund wurde von vielen Autoren bestätigt (BÄTGE, BONNEVIE, JELTAKOV, KALKOFF, THIES u. a.). Wegen dieser Alteration des cutanen Nervengewebes stellt KOGOJ die Forderung, wie auch viele andere, die Prurigo nodularis Hyde aus der Prurigogruppe herauszunehmen und ihr eine Sonderstellung einzuräumen.

### 5. Die Stellung des Strophulus zur Prurigo

Für die Ausklammerung des Strophulus aus der Prurigogruppe treten sowohl R. DEGOS als auch KOGOJ ein. DEGOS hält es für unbedingt notwendig, die Strophulismorphe von den PrurigoKnötchen zu unterscheiden. Er betont, daß bei der Prurigo simplex des Erwachsenen "les éléments qui composent l'éruption sont des papules ou des séropapules de prurigo d'un type "plus pur", sans élevation urticarienne associée", während die beginnenden Strophuluseffloreszenzen als "taches ortiées, urticariennes, rouges, centrées par une minuscule papulette dure, blanche" beschrieben werden, aus denen nach Verschwinden der quaddelförmigen Erhebung Seropapeln entstehen.

KOGOJ (1961) führt drei Hauptgründe an, die die Abtrennung des Strophulus von den Prurigoerkrankungen rechtfertigen sollen. Erstens besteht ein Unterschied im klinischen Bild zwischen Strophulus und Prurigo simplex. Zweitens läuft eine Strophuluserkrankung mit mehreren Rezidiven ab, während es der Regel entspricht, daß die Prurigo simplex kontinuierlich abläuft. Drittens wird auch von KOGOJ ein charakteristischer Unterschied zwischen der Morphe des Strophulus und der Prurigo simplex gesehen. Während es sich bei der Strophuluseffloreszenz um eine zweiphasige Effloreszenz handelt, wobei sich aus einer ephemeren Quaddel ein braunrötliches Knötchen mit einem serösen, zentralen Bläschen entwickelt, wird eine Zweiphasigkeit bei Prurigodermatosen nicht beobachtet. Daher sollte dem Strophulus eine Sonderstellung eingeräumt werden und weder der Prurigo noch der Urticaria zugerechnet werden. Auch BOHNSTEDT weist mit seiner Beschreibung der Prurigo simplex subacuta, wo er ein mit einem entzündlichen, urticariellen Hof umgebenes Gebilde erwähnt, auf den Unterschied zwischen entzündlicher Komponente und makroskopisch keine entzündliche Rötung aufweisende Quaddel hin.

## 2. Definition des Begriffes Prurigo

Seit WILLAN bezeichnete man mit "Prurigo" Dermatosen, die durch heftigen Juckreiz und eine typische Primäreffloreszenz charakterisiert werden. Inzwischen hat sich jedoch der Inhalt der Bezeichnung "Prurigo" bedeutend erweitert. So versteht man darunter heute ein polyätiologisches Syndrom mit generalisiert ausgestreuten, weniger disseminiert stehenden typischen Prurigo-Papeln.

Von LUTZ, als hauptsächlichstem Vertreter dieser Anschauung, wird die Prurigo den "réactions cutanées" zugeordnet. Dieser Begriff, der von BROcq eingeführt wurde, faßt Dermatosen zusammen, deren klinisches Erscheinungsbild nicht durch das auslösende Agens, sondern durch eine bestimmte Reaktionsweise der Haut, die konstitutionell bedingt ist, ihr Gepräge erhält.

KOGOJ im weiteren will für die Diagnose Prurigo folgende Grundforderungen erfüllt wissen. Erstens soll der Bestand der typischen Prurigo-Morphe, zweitens die causalgenetische Unabhängigkeit von pathologischen Veränderungen, die sich primär extracutan abspielen, gewährleistet sein. Die typische Prurigo-Effloreszenz ist ganz eindeutig klinisch morphologisch definiert. Als Prurigopapel wird ein bis linsengroßes, mäßig derb infiltrierte, blaß-gelbliches oder hautfarbenes bis bräunlich-rötliches, in die Haut eingelassenes, mehr tastbares als sichtbares, stark juckendes Knötchen bezeichnet (NOBL, Cl. SIMON, DARIER, LUTZ, BOHNSTEDT, DEGOS, KOGOJ). Wird die Prurigopapel nicht aufgekratzt, so wird ihre Oberfläche entweder bald glatt und beinahe glänzend, häufiger dagegen aber feinschuppig und matt (SIEMENS). Im allgemeinen aber wird sie rasch und tief aufgekratzt, wonach dann der Juckreiz aufhört. Charakteristisch für die Prurigopapel ist die zentrale Excoriation und die nicht durch Kratzeffekte lädierte Haut in der Umgebung der Papeln. KOGOJ spricht, um dieses Kratzen als etwas besonderes hervorzuheben, von einem "in die Papeln-Kratzen". Die Excoriation bedeckt sich mit einem bernsteinfarbenen, hämorrhagischen Krüstchen und heilt mit einer zartatrophischen, oberflächlichen Narbe ab.

Wenn wir von Prurigo-Papeln sprechen, so verstehen wir darunter dasselbe, was TOMMASOLI treffend mit Seropapeln bezeichnet hat. Für LESSER (1886) stellen die Prurigoknötchen sowohl ihrer klinischen Erscheinung wie dem histologischen Befund nach nichts anderes als kleinste Urticaria-Quaddeln dar. Auch für BOHNSTEDT und LUTZ handelt es sich um eine urticarielle Papeln, die nur im Gegensatz zur gewöhnlichen Quaddel persistiert. GOTTRON (1959) beschreibt die Prurigoeffloreszenz als eine circumscriphte, meist sich vorwöl-

bende Papel, mit einer mehr ödematösen als zelligen Infiltration und sekundärer Vesikulation von nicht flüchtiger Bestandsdauer.

Schließlich ist auch für KOGOJ (1962) das Charakteristikum der typischen Prurigomorphe makroskopisch das Prurigoknötchen und mikroskopisch die Seropapel. Wenn eine an der Spitze der Prurigoknötchen erscheinende, ganz ephemere Bläschenbildung nicht immer gefunden wird, so begründet das KOGOJ damit, daß die Bläschen, wenn sie überhaupt sichtbar werden, nur winzig sind und wegen des starken Juckreizes sofort aufgekratzt werden.

Ihr grundsätzliches Vorhandensein bestätigen jedoch zahlreiche mikroskopische Befunde: so bezeichnen auch GANS und STEIGLEDER das Substrat einer Urtika als den Beginn einer Prurigoeffloreszenz. Die urticariellen Erscheinungen treten allerdings bei der voll entwickelten Papel zugunsten der durch das Ödem ausgelösten umschriebenen Nekrose der Epidermis in den Hintergrund. Im Vordergrund steht immer die Seropapel, also ein subcorneales Bläschen, ein Papillarkörperödem und ein entzündliches, sich stets nach der Entwicklungsphase richtendes, vorwiegend lymphocytär-eosinophiles, perivaskuläres Infiltrat im Corium. Die Veränderungen der Epidermis beschränken sich auf eine umschriebene Akanthose. Die vielgebrauchte Bezeichnung "urticarielle Papel" erscheint KOGOJ nicht glücklich gewählt, weil semiotisch und pathophysiologisch Urtika und Papula ganz verschiedene Dinge sind, die auch terminologisch nicht vertauscht werden sollten.

### 3. Einteilung nach morphologischen Gesichtspunkten sowie Klinik

#### a) Prurigo simplex subacuta

Diese Prurigoform wurde unter folgenden Synonyma beschrieben:

1. Prurigo simplex acuta et subacuta adutorum (BROCQ u. JACQUET)
2. Prurigo simplex acuta Brocq (DARIER, CIVATTE u. TZANCK)
3. Prurigo simplex acuta adutorum Willan (PIERINI et al., 1955; DUPERRAT, 1959)
4. Strophulus adutorum (BROCQ)
5. Lichen urticatus (von ZUMBUSCH)
6. Lichen Vidal urticatus (SCHÖNFELD; GREITHER u. TRITSCH)
7. Prurigo temporanea (TOMMASOLI)
8. Urticaria papulosa chronica (NEISSER; BRAUN-FALCO u. v. EICKSTEDT sowie von der Berliner, Leipziger und früheren Breslauer Schule)

9. Prurigo aigu de d'adulte (DEGOS)
10. Prurigo simplex acuta (E. LORTAT-JAKOB)
11. Prurigo temporanea seu simplex (KOGOJ)
12. Akne urticata (KAPOSI 1893)
13. Prurigo subacuta (LUTZ 1951)
14. Prurigo simplex subacuta (LUTZ 1927; BOHNSTEDT 1959)

Welche Bezeichnung nun für diese Prurigoform die zweckmäßigste ist, ist schwierig zu beantworten. Die Anschauungen der Autoren, die in neuerer Zeit mehrere Fälle beschrieben haben, sollen kurz gegenüber gestellt werden.

BRAUN-FALCO und v. EICKSTEDT stellen fest, daß die von ihnen beschriebene Urticaria papulosa chronica nicht mit den heute noch anerkannten Prurigoformen in Beziehung gebracht werden kann. Die von ihnen herausgestellten Unterschiede zur Prurigo temporanea Tommasoli veranlassen sie, der Urticaria papulosa chronica als selbständiges Krankheitsbild eine Zwischenstellung zwischen der Urticaria einerseits und den reinen Prurigoerkrankungen andererseits einzuräumen. Sie sehen für die Sonderstellung insofern eine Berechtigung, als sich klinisch wie histologisch zunächst ganz das Bild einer Urticaria bietet, aus der sich dann erst sekundär die für die Prurigo charakteristische Seropapel entwickelt. Außerdem spreche für die Beibehaltung dieser Krankheitsbezeichnung, daß sie seit Jahrzehnten an den dermatologischen Kliniken von Berlin, Leipzig, Breslau, Tübingen, Mainz u. a. gebräuchlich ist. GREITHER und TRITSCH finden zwar eine weitgehende Übereinstimmung ihrer Krankheitsbilder mit denjenigen, die BRAUN-FALCO und v. EICKSTEDT als Urticaria papulosa beschrieben, halten es jedoch, obwohl auch sie keine ursächliche Beziehung zwischen Lichen Vidal urticatus und Lichen chronicus Vidal sehen sowie keine Lichenifikation bei Lichen Vidal urticatus, für terminologisch gerechtfertigt, die Bezeichnung Lichen Vidal urticatus beizubehalten. Die Übereinstimmung mit dem Lichen chronicus Vidal bezieht sich lediglich auf die Rezidivneigung und den chronischen Verlauf. Gegen die Bezeichnung Urticaria papulosa erheben sie den Einwand, den schon NEISSER vorbrachte, daß der Begriff Urticaria ausschließe, daß es sich um eine chronisch verlaufende Dermatose handelt. Als weiterer Einwand wird die Verwechslung ähnlicher Begriffe geltend gemacht, einmal mit Urticaria papulosa perstans - gleichbedeutend Prurigo nodularis Hyde - und zweitens mit Urticaria papulosa, ein Synonym für Strophulus infantum.

BOHNSTEDT spricht sich dagegen für die Einbeziehung des von GREITHER und TRITSCH beschriebenen Lichen Vidal urticatus und der von BRAUN-FALCO

und v. EICKSTEDT als *Urticaria papulosa chronica* benannten Dermatose in die *Prurigo simplex subacuta* aus. Er hält die von LUTZ gewählte Bezeichnung "*Prurigo simplex subacuta*" für die zweckmäßigste. Das Substantiv *Prurigo* soll besagen, daß die Primäreffloreszenz eine urticarielle Papel ist und das Adjektiv *simplex* soll ausdrücken, daß der weitere Krankheitsverlauf sich ohne Lichenifikation gestaltet. Mit dem Prädikat *subacut* ist nicht nur die Zeitdauer der Erkrankung gemeint, es soll damit ausgesagt sein, daß die Krankheit in Schüben verläuft. Die von GREITHER und TRITSCH vorgeschlagene Bezeichnung *Lichen Vidal urticatus* wird nicht akzeptiert, weil sie Anlaß zur Verwechslung mit dem *Strophulus*, auch *Lichen urticatus* genannt, geben und das tragende Wort "Lichen" falsch ausgelegt werden könnte. Ebenso wird die von BRAUN-FALCO und v. EICKSTEDT gewählte Bezeichnung *Urticaria papulosa chronica* abgelehnt, weil, wie schon GREITHER und TRITSCH unter dem Hinweis von NEISSER hervorheben, *Urticaria* nicht mit über längere Zeit bestehenden Krankheiten in Verbindung gebracht werden sollte.

Die Erkrankung kann nach WINKLER und MILIAN mit Störungen des Allgemeinbefindens beginnen, sie sind aber nicht obligat. So wurden einige Tage vor einer Eruption oft Unbehagen, Kopfschmerzen, Frostgefühl, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, leichte Verdauungsstörungen u. a. beobachtet. Bei den schubweise, meist symmetrisch auftretenden Prurigopapeln handelt es sich um typische Prurigoeffloreszenzen - um Papulovesikel - mit allen schon beschriebenen Merkmalen. Sie sind mehr oder weniger dicht, isoliert und nicht gruppiert angeordnet. Eine Lichenifikation kommt nie vor. Die Papulovesikel kann nach WINKLER auch in eine ausgesprochene Vesikel oder gar Pustel übergehen. Außerdem gibt es Abortivformen, die einen viel schnelleren Verlauf haben und bei denen Bläschen- und Krustenbildung ausbleiben. In ganz seltenen Fällen werden die Knötchen hämorrhagisch und das sind die Fälle, die nach JACQUET WILLAN als *Lichen lividus*-Fälle und VÖRNER als *Prurigo haemorrhagica* beschrieben hat.

Bemerkenswert sind die verschiedenen Lokalisationen, wenn auch eine besondere Praedilektion an den Streckseiten der Extremitäten (WINKLER; LUTZ; KEINING; BOHNSTEDT; GREITHER u. TRITSCH; RICHTER, W.; SCHOENHOF; PERSCHMANN u. a.) beobachtet wird, nach BRAUN-FALCO sogar hauptsächlich an den proximalen Streckseiten der oberen und weniger an den unteren Extremitäten. Vereinzelte Effloreszenzen an den Extremitätenbeugeseiten wurden von BOHNSTEDT auch manchmal gesehen. Diffuse exanthematische Ausbreitungen über Stamm und Gliedmaßen (WINKLER; LUTZ; SCHÖN-

FELD; SCHNEIDER; GREITHER u. TRITSCH; BRAUN-FALCO; GOTTRON u. a.) können auftreten wie auch disseminiert im Bereich der Mammae, des Abdomen, der oberen Rückenpartien, Nacken oder Nates (URBACH; BOHNSTEDT). Auch die stärkere Betonung des Stammes gegenüber den Gliedmaßen kommt vor (GOTTRON), wie solche, bei denen nur die peripheren Anteile des Körpers - Gliedmaßen, obere und untere Teile des Rumpfes bei Aussparung der Körpermitte - Bauch, Brust und Rücken - befallen sind (URBACH). Eine Lokalisation im Gesicht wurde von GREITHER und TRITSCH beobachtet, aber auch von BOHNSTEDT, GERTLER, URBACH und JÄRNECKE. Schließlich findet bei GREITHER und TRITSCH eine der Akne vulgaris gleichende Ausbreitung von Prurigopapeln Erwähnung, nämlich mit Sitz im Gesicht, am Hals, Schulter, Brust und den oberen Anteilen der oberen Gliedmaßen. GOTTRON und GERTLER beschreiben eine isolierte Urticaria papulosa im Bereich eines varikösen Symptomenkomplexes. Hier soll eine erhöhte Reaktionsbereitschaft gegenüber endotoxischen Substanzen im Blut wegen der verminderten Durchblutung dieses Gebietes bedingt sein. Dagegen sind die Handinnenflächen und Fußsohlen sowie die Schleimhäute stets frei von Hauterscheinungen.

In ätiologischer bzw. pathogenetischer Hinsicht werden in der Literatur eine Vielzahl von Faktoren angegeben. Für BOHNSTEDT und PAETZOLD spielt der enterogene Faktor, insbesondere Magen- und Leberleiden, die Hauptrolle beim Entstehen der Prurigo simplex subacuta. Subacidität bzw. Anacidität, weniger Hyperacidität sowie Ulcus duodeni wurden bei der überwiegenden Zahl der Fälle festgestellt wie auch Wurmbefall (BOHNSTEDT; PAETZOLD u. LUTZ).

Große pathogenetische Bedeutung wird der Leberfunktionsstörung beigemessen. Schon GOTTRON, GERTLER sowie URBACH, aber auch GREITHER und TRITSCH, haben bei ihren Fall-Vorstellungen auf die Zusammenhänge zwischen Leber- und Magenkrankungen einerseits und Prurigo andererseits hingewiesen. Störungen der Sexualorgane sowie andere innersekretorische Störungen, wie Hyperthyreose oder Diabetes mellitus kommen vor, treten aber kasuistisch gesehen in den Hintergrund.

Dagegen fanden BRAUN-FALCO und v. EICKSTEDT sowie GREITHER und TRITSCH eine signifikante Häufung in einer Dysfunktion der Sexualorgane als Hauptursache beim Zustandekommen dieser Prurigoform. Betroffen sind überwiegend Frauen im Klimakterium oder Praeklimakterium oder bei denen sonst irgendwelche Störungen in der Funktion der Sexualhormone wie Menarche, Zyklusstörungen, Parametritis, Adnexitis, Bartholinische Zyste, Ovarialzyste

mit Hyperfollikulinie bestehen. Auf diese Zusammenhänge, zwischen Hauterscheinungen und Störungen der Sexualhormone, weist in hohem Maße auch die Tatsache hin, daß sich während der Schwangerschaft eine Prurigo gestationis ausbildet und nach der Entbindung schwindet sowie die Heilungserfolge bei Dysregulationen des innersekretorischen Systems nach entsprechender Hormontherapie.

Ein weiteres Beispiel für diese Beziehungen liefert der Befund der einseitigen Hodenexstirpation und Hodenatrophie (BRAUN-FALCO u. v. EICKSTEDT) sowie die Hautveränderungen nach einer Therapie mit Proluton im Anschluß an eine Prostataoperation (GREITHER u. TRITSCH).

Da der Leber eine wesentliche Funktion in Entgiftungsprozessen zukommt, wird von BOHNSTEDT der Gedanke vorgebracht, daß die innersekretorischen Dysregulationen auf einer eventuell gestörten Funktion der Leber beruhen. Eine solche Annahme wird von BOHNSTEDT durch eine Fallbeobachtung untermauert, die bei einer Patientin, die an Prurigo gestationis erkrankt war, gemacht wurde. Die Patientin erkrankte während zweier Schwangerschaften an Prurigo gestationis und beide Male trat am Schluß der Gravidität eine Leberstörung mit Ikterus auf, die mit der Gravidität in Zusammenhang gebracht wurde.

Von BOHNSTEDT wird nun weiter gefolgert, daß es sich auch bei den innersekretorisch ausgelösten Prurigoerkrankungen um enterogene Faktoren handelt, wenn die innersekretorischen Störungen lediglich auf Funktionsstörungen der Leber beruhen. Dabei bleibt zunächst noch ungeklärt, ob die Prurigoeruption durch einen autotoxischen Mechanismus oder Antigene hervorgerufen wird.

Wenn Antigene die tragende Rolle als auslösendes Moment spielen, so seien als auslösende Noxen an Haptene wie Wurm- oder Bakterienentoxine, unvollständig in der Leber abgebaute Hormone oder Autoantigene bei Erkrankungen des haematopoetischen Systems zu denken, die nun mit Eiweißkörpern aus dem Verdauungstrakt zu Vollantigenen reagieren, die ihrerseits nun wieder die Auslösung von Hauterscheinungen bewirken. Auch LUTZ räumt der Leber eine zentrale Stellung im Entstehungsmechanismus einer Prurigoeruption ein, in dem er einmal in der mangelnden Entgiftung aus dem Magendarmkanal resorbierter abnormer Produkte zum anderen eine höchst wichtige Beteiligung am Intermediärstoffwechsel sieht.

## b) Prurigo chronica multiformis

Diese Variante unter den Prurigoformen wurde von LUTZ 1951 unter diesem Namen herausgestellt. Sie ist weitgehend identisch mit der Prurigo vulgaris Darier (BOHNSTEDT; KOGOJ). WINKLER rechnet nun wiederum zur Prurigo vulgaris "die Prurigo diathésique Besnier, die atypischen Prurigines von Jaquet und die Varietäten der chronischen Prurigo, die nicht zur Prurigo Hebra gehören".

Für ROST entspricht ungefähr die Prurigo mitis, die Prurigo Besnier und die Prurigo vulgaris seinem spätexsudativen Ekzematoid.

Als weitere Synonyma sind nach KORTING u. a. besonders zu erwähnen:

Asthma-Prurigo (SABOURAUD)

Prurigo diathésique à forme objective aczémato-lichénienne (E. BESNIER)  
névrodermite à forme eczémato-lichénienne (BROCQ)

Prurigo Besnier (RASCH)

Prurigo simplex chronica (DARIER)

Prurigo chronique d'adulte (DEGOS)

Prurigoekzem (KREIBICH; ZURHELLE)

konstitutionelles Prurigoekzem (BONNEVIE)

Aus dem angelsächsischen Sprachgebrauch sind zu nennen:

atopic dermatitis (COCA; BRUNSTING; SULZBERGER) und  
Hayfever eccema. (Weiteres s. bei KORTING 1955).

HUDELO will die Prurigo Besnier als eine Unterform der disseminierten Prurigo vulgaris von Darier aufgefaßt wissen; und für A. ALEXANDER und J. JADAS-SOHN ist die Prurigo diathésique Besnier eine Neurodermitis diffusa (BROCQ 1891). Dieser Auffassung schließt sich auch KOGOJ an.

Es ist das Verdienst von KORTING (1955) klar herausgestellt zu haben, daß es sich sowohl bei der Neurodermitis als auch bei der Prurigo diathésique nur um eine Krankheitsphase des in Strophien ablaufenden endogenen Ekzems handelt. KORTING: "Die Prurigo kann aber, was hier herauszustellen ist, Ausdruck und oft alleiniger Ausdruck einer Hautreaktionsform des endogenen Ekzems sein", bzw. "Prurigo als Ausdruck des endogenen Ekzems ist durchaus nicht selten".

Das endogene Ekzem findet man sehr häufig gleichzeitig oder im Wechsel vergesellschaftet mit Asthma und Heufieber, seltener mit anderen allergischen Manifestationsäquivalenten sowie Ichthyosis vulgaris oder einer Katarakt.

Die morphologischen Aspekte sind bei der Prurigo chronica multiformis sehr vielfältig. Es handelt sich bei diesem Typus um ein Nebeneinanderbestehen von typischen Prurigoeffloreszenzen mit Ekzematisierung, Neurodermisierung (LUTZ), Lichenifikation (BROcq) oder Lichenisation (BESNIER). Das Hauterscheinungsbild zeigt verdickte, braunrotverfärbte, lichenifizierte Stellen neben zahlreichen Prurigoeffloreszenzen oder ihnen entsprechenden Krusten. Neben teils scharf umschriebenen Kratzeffekten, die sich nur auf das Prurigoknötchen beschränken, findet man hier auch zahlreiche strichförmige Kratzspuren. Die abgeheilten Kratzeffekte, besonders die narbige Abheilung des einzelnen Prurigoknötchens, gehen oft mit einer umschriebenen Depigmentierung einher (MRACEK-JESIONEK). Nicht selten ergibt sich auch durch dicht nebeneinanderstehende abgeheilte Prurigoeffloreszenzen das Bild fleckförmiger Pigmentveränderungen, besonders über den Dorsalflächen der Extremitäten, schließlich ergibt sich der charakteristische cutis vagantium- bzw. leukomelanodermieartige Aspekt. Neben diesen kleinfleckigen Entpigmentierungen sieht man auch größere pigmentarme oder sogar pigmentlose, in ihrer Begrenzung verschwommene, vorzugsweise vormals lichenifiziert gewesene Hautbezirke (KORTING). Während die Schleimhäute frei von irgendwelchen Hauterscheinungen bleiben, findet man in den behaarten Bezirken Stellen, an denen die Haare durch das Kratzen abgebrochen oder kahlgerieben sind. Die Augenbrauen sind an beiden Seiten gelichtet (Herthoge'sches Zeichen). Die Fingernägel zeigen eine glänzende, hochpolierte Nagelplatte und einen konvex abgeriebenen freien Rand. Der Allgemeinzustand ist meist sehr reduziert.

Bei der Suche nach ätiologischen Faktoren ist zu unterscheiden zwischen der Prurigo-Reaktionsform beim endogenen Ekzem und Prurigo als einer unspezifischen Reaktionsform bei Erkrankungen des haematopoetischen Apparates, bei Verwurmung, Lebererkrankungen, Granulomatosen und bei Neoplasma (J. PASTINSZKY u. J. RACZ). "Wenn wir darüber hinaus den Begriff "endogenes Ekzem" im Sinne GOTTRONs verwenden wollen, so bringen wir damit zum Ausdruck, daß die bei diesem Leiden anzutreffenden Hautveränderungen nicht auf einer Sensibilisierung von innen oder auf einer veränderten inneren Reaktionsbereitschaft auf dem Boden von Stoffwechselveränderungen erwachsen, sondern auf einer anlagemäßig bedingten individuellen Reaktionsdifferenz beruhen, die nicht nur die äußere Decke, sondern die Einheit des Gesamtorganismus, also die Person oder besser noch die Tiefenperson im Sinne von Fr. KRAUS kennzeichnet" (KORTING).

Die Prurigoeffloreszenzen sind nach KORTING vornehmlich an den Streck-

seiten der Extremitäten lokalisiert und immer von stärkeren Lymphknotenschwellungen, allgemein als Prurigobubonen bezeichnet, begleitet. Neben den Extremitätenstreckseiten ist auch der Stamm als Praedilektion zu bezeichnen (SCHNEIDER-SCHÖNFELD; BAAGOE u. a.).

Während KREIBICH die Hauptlokalisationsorte bei seinem Prurigoekzem mehr auf die obere Körperhälfte beschränkt sieht, nämlich auf Kopf, Gesicht, Arme und Stamm bis zum Nabel, beschreibt HAXTHAUSEN außerdem als Sitz der Hauterscheinungen die Nates sowie besonders Ellenbeugen und Kniekehlen. Eine Rarität ist die Fallbeschreibung von MEYER, der Prurigoknötchen im Gebiet einer durch Akrodermatitis chronica atrophicans bedingten Hautatrophie beobachtete.

Als besondere Variante haben HOFFMANN und STREMPER 1924 die Prurigo diathetica leukodystrophica herausgestellt, die durch ein eigenartiges morphologisches Bild geprägt wird. Nach dem Auftreten "stark juckender roter Flecke und Pickel" ist charakteristisch die Bildung kleiner hirsekorn- bis bohnen großer, meist rundlicher, weißer Flecke, die ohne irgendein Zeichen von Atrophie im Niveau ihrer Umgebung liegen und sehr stark jucken. HOFFMANN und STREMPER beschreiben die übrige Hautbeschaffenheit wie folgt: "Die Haut zeigt im ganzen dunklere Pigmentierung, fühlt sich derb an, erscheint trocken, mehr oder weniger lichenifiziert und stellenweise ekzem- oder neurodermieähnlich verändert". Während als Hauptlokalisation bei HOFFMANN und STREMPER die Oberschenkel-, Leisten-, Gürtel- und Bauchgegend sowie Schienbeinkante angegeben werden bei Freibleiben des Gesichtes, Handflächen und Fußsohlen, sind dagegen bei einer eigenen Fallbeobachtung (Fall 1, Tabelle II) als Lokalisationsorte Gesicht, Hals, Sternalgegend sowie die Streckseiten der oberen Extremitäten hervorzuheben.

### c) Prurigo chronica Hebra

F. v. HEBRA unterteilte seine Prurigo in einen Typus mitis, der durch eine mildere Verlaufsform charakterisiert ist und in einen Typus ferox seu agrius, der einen schwereren und zeitlich fast unbegrenzten Verlauf nimmt. Weitere Synonyma dieses Krankheitsbildes sind Prurigo formicans und mitis (WILLAN) sowie Lichen polymorphe ferox Vidal (nach WINKLER sowie E. LORTAT-JAKOB). Diese Dermatoze kam zu Zeiten HEBRAS vornehmlich bei der ärmeren Bevölkerung in Wien vor.

Heute ist die Prurigo Hebra in Zentraleuropa äußerst selten geworden (ROST), während sie in Frankreich, England und China nie eine häufige Erkrankung war (KOGOJ). Über das Vorkommen in Amerika liegen sich widersprechende

Aussagen vor. WELFELD sowie J. WHITE sahen fast nie einen Fall, dagegen soll nach CORLETT-CLEVELAND sowie ZEISSLER diese Dermatose in Amerika nicht ganz selten sein. Mit WINKLER kann man zusammenfassend feststellen, daß die östliche Hemisphäre wesentlich stärker betroffen war als die westliche. Die Hauterscheinungen treten schon in frühester Kindheit auf, und während die leichteren Formen bisweilen um die Pubertätszeit oder etwas später abheilen, dauern die schwereren Erkrankungsformen mit intermittierenden Besserungen bis ans Lebensende (KOGOJ). DARIER betont dabei, daß der einmal festgelegte Typus - mitis oder ferox - beibehalten wird und der eine nicht in den anderen übergehen kann. Als weitere für die Prurigo Hebra charakteristische Stigmen sind einmal die Ausbildung der Prurigo-Bubonen und zum anderen das Hauterscheinungsbild zu erwähnen.

Bei den Prurigobubonen handelt es sich um axillar bzw. inguinal auftretende, mehr oder weniger schmerzhaftes Drüsenschwellungen, die nach KOGOJ "als Reaktion auf lange Zeit in kleinen Mengen eindringende pyogene Mikroorganismen zurückzuführen sind". Die jahrelang aufeinanderfolgenden, mit grossem Juckreiz einhergehenden Prurigoeruptionen führen zu einem sehr bunten und variablen Bild mit sekundär infizierten Kratzeffekten, Pusteln, Krusten, Narben, Ekzematizationen und Lichenifikationen (KOGOJ) sowie Pigmentierungen (SCHÖNFELD-SCHNEIDER). Die Gelenkbeugen jedoch bleiben fast immer frei von diesen Hautveränderungen (HEBRA). Die Haare schwinden allmählich und die Nägel werden abgescheuert. Weil diese Dermatose die erste Prurigoform ist, die auf eine wissenschaftliche Basis gestellt wurde, kann man bei ihr hinsichtlich der Entstehungsursachen den verschiedensten Ansichten begegnen.

Gedanken wie die der fermentativen Selbstvergiftung gehen bis auf GALEN zurück (MÜLLER), der die Prurigo auf die Ausscheidung von Schärfen (CRUDITATIBUS) aus den Körpersäften zurückführt. Hier wurde nach MÜLLER die innere Sekretion angesprochen. Andere Schärfetheorien des Altertums und des Mittelalters sind bekannt, nach denen einmal die Galle oder der Harnstoff, ein andermal die psorische Dyskrasie oder eine harnsaure Diathese der Prurigo zugrunde gelegt werden.

AUSPITZ faßte die Prurigo als Kontraktilitätsneurose der Haut auf und schenkte der gesteigerten Erregbarkeit der Haarbalgmuskulatur große pathogenetische Bedeutung, während HOLDER die Prurigo infolge einer erhöhten Gewebedruckspannung durch die arrectores pilorum entstanden wissen wollte. Auf eine luische Genese der Prurigo Hebra machen GUERRO; MILIAN; PAUTRIER

und ULLMO sowie MANICATIDE und RUESCO aufmerksam.

Nach HEBRA und KAPOSI werden besonders die armen und schlecht genährten Bevölkerungskreise von der Prurigo betroffen, und auch BROCCQ sieht in der schlechten Ernährung, sozialer Armut und einer minderwertigen Hygiene auslösende Momente für eine Prurigoeruption. Auch Tuberkulose und Prurigo wurden häufig gemeinsam beobachtet, so von HEBRA; KOCH; BROCCQ und JACQUET, während sich BOAS auf Grund seiner Prüfungen mit Alttuberkulin gegen einen Zusammenhang ausspricht. Vielfach hat man eine Überempfindlichkeit gegenüber Hausallergenen angenommen (HALTER; URBACH; ZAVALETA u. MOM). Dafür spricht die Beobachtung, daß viele Fälle bei Isolierung spontan abheilen und bei Rückkehr ins alte Milieu wieder auftraten (HALTER; URBACH). Sauberkeit oder mangelnde Körperhygiene können eigentlich nicht allein der Grund sein, weil dagegen die Beobachtung JADASSOHNs spricht, als nach dem Kriege im Breslauer Gebiet eine Zunahme der Prurigo Hebra nicht festzustellen war, obwohl die Bevölkerung sich mit einem hygienischen Minimum begnügen mußte. Seit den grundlegenden Arbeiten BOUCHARDs (1887) und seiner Schüler wurde ein neuer ätiologischer Faktor in den Vordergrund gerückt, die Autointoxikation. Diese Theorie findet viele Anhänger (BESNIER; BROCCQ; FINGER; SINGER; TOMMASOLI; ULLMANN u. a.). Darunter versteht man eine Vergiftung des Organismus durch eigene Stoffwechselprodukte, die durch Fehlleistungen des Stoffwechsels entstehen, im Gegensatz zu einer Intoxikation, bei der das toxische Agens exogen zugeführt wird. Leberinsuffizienzerscheinungen sahen in diesem Zusammenhang BESNIER; GILBERT und LERBOULLET sowie ULLMANN. Zur Autointoxikation gehören auch die Fälle mit Verwurmung (CEDERBERG; SCHRÖPL).

Nutritive Allergene wie Käse, Blumenkohl, Leberwurst und Wild, machte dagegen MEMMESHEIMER für eine Prurigoeruption verantwortlich.

Störungen des innersekretorischen Systems werden einmal im Sexualbereich von LEHNER; SPIETHOFF sowie NEGISHI, zum anderen bei der Schilddrüsenfunktion von WINSTEL in einem ätiologischen Zusammenhang gesehen. Eine Infektion der Tonsillen hält ROBERTS für den Grund der Prurigo. NEGISHI glaubte auch an einen Zusammenhang mit dem  $\text{CO}_2$ -Gehalt des Blutes, wobei der niedrigste  $\text{CO}_2$ -Gehalt die heftigste Prurigoeruption hervorrief.

Nach BERNHARDT gehört die Prurigo zu den trophischen Hautstörungen, zu den sogenannten *Dystrophica cutis*, welche meistens infolge chronischer Reizung der trophischen Zentren oder deren Leitungsbahnen sich entwickeln.

Prurigo wurde hier als eine selbständige Trophoneurose (Idiotrophoneurosis) oder als eine Trophoneurose auf dem Weg einer Intoxikation oder Autotoxikation entstanden aufgefaßt.

CHEVALLEY und R. GARCIN berichten über einen seltenen Fall bei gleichzeitig bestehender Prurigo Hebra und mangelhafter Schlüsselbein- und Schädelbildung. Es werden mögliche pathogenetische Beziehungen zwischen beiden Prozessen angenommen.

Diese verschiedenen pathogenetischen Theorien und ätiologischen Faktoren widersprechen sich nicht, sondern zeigen besonders deutlich, daß es sich hier um ein Multifaktorenproblem handelt. Hinsichtlich der Lokalisation äußern sich HEBRA und KAPOSÍ "daß die Prurigo durch ihre allgemeine Ausbreitung einerseits, andererseits durch ihre besondere Lokalisation Eigentümlichkeiten darbiete." Als Praedilektionsorte für die Prurigo Hebra sind an erster Stelle zu nennen die Streckseiten der unteren Extremitäten (KREIBICH), vornehmlich die Vorderseite der Unterschenkel (WINKLER), dann weiter abnehmend die oberen Extremitäten und etwas weniger der Stamm (HEBRA u. KAPOSÍ; KOGOJ; WINKLER sowie BOHNSTEDT). Selten wird das Gesicht betroffen (GRINSPAN), während der behaarte Kopf, Hals, Handflächen, Fußsohlen und große Gelenkbeugen frei bleiben (HEBRA u. KAPOSÍ; KOGOJ). Als sogenanntes Negativbild der Hebra'schen Prurigo (TOUTON) beschrieben MULZER und ähnlich E. HOFFMANN die Prurigo inversa (KORTING).

#### d) Prurigo nodularis Hyde

HARDAWAY 1880 unter "A Case of multiple Tumors of the Skin Accompanied by intensive Pruritus" und FABRY 1896 als erste deutsche Veröffentlichung unter "Urticaria Perstans Papulosa" haben ein Krankheitsbild beschrieben, das HYDE 1906 in seinem Lehrbuch "Prurigo nodularis" nannte. Unter diesem Namen werden seit dem Budapester Kongreß 1919 mehrere Dermatosen zusammengefaßt, die bis dahin unter den verschiedensten Benennungen geführt worden sind.

1. Eczema callosum nodulare (AHRENS)
2. Ekzema callosum verrucosum (UNNA)
3. Lichénification circonscrite nodulaire chronique (BROCQ-PAUTRIER)
4. Lichen obtusus corneus (LAILLER u. BROCQ)
5. Lichen polymorphe ferox (VIDAL)
6. Lichenificatio macropapulosa (ANDRADE 1956)
7. Neurodermitis nodulosa chronica (FABRY; NIELSEN)
8. Prurigo Keratosis verrucosa (WEIDENFELD)

9. Prurigo à grosses papules
10. Prurigo ferox (BROCQ)
11. Tuberosis cutis pruriginosa (HÜBNER)
12. Urticaria perstans (PICK)
13. Urticaria papulos perstans (GANS-STEIGLEDER)
14. Urticaria perstans verrucosa (KREIBICH; BACKER)
15. Urticaria-artige Hauterkrankung (HARTMANN)
16. Urticaria perstans papulosa et verrucosa (PICK)
17. Urticaria perstans nodulosa (M. MEYER)

Als chronische Prurigoerkrankung hat dieses Krankheitsbild heute allgemeine Anerkennung gefunden, obwohl die Bezeichnung irreführend ist. Denn die zu fordernde Grundmorphie einer Prurigoerkrankung - die papulo-vesikulöse Effloreszenz - ist nicht vorhanden.

Die Effloreszenz ist eine großknötige, erbsen- bis haselnußgroße, kalottenartig vorspringende, halbkugelige Papel. Es handelt sich meist um einen äußerst derben, fast unbegrenzt dauernden Knoten mit glatter Oberfläche und einem schwachrosa Farbton. Die Papeln werden langsam größer und nehmen eine café-au-lait-ähnliche Farbe an (RASCH). Andere Effloreszenzen weisen kleine, trockene, schmutzig-graue, festhaftende Schuppen auf, die ihnen ein verrucöses Aussehen verleihen. Infolge des unerträglichen Juckreizes werden die Papeln zentral tief aufgekratzt, und die Exkoriationen bedecken sich mit Krusten. Wie quälend der Juckreiz sein kann, vermittelt eine Fallbeobachtung von FINSSEN. Eine Patientin litt unter dem Juckreiz so sehr, daß sie die Papeln abgebissen hat - oder nach PICK, nachdem die Patientinnen die Knötchen mit der Schere abtrugen. Dagegen stellte der Fall von DARIER und ROBERTI eine Ausnahme dar, die einen Prurigo nodularis Hyde-Fall ohne den geringsten Juckreiz beobachteten.

Die Umgebung der Papeln ist zunächst noch völlig normal. Es kommt dann aber häufig durch das Kratzen zu leichter Pigmentierung, Lichenifikationsherden und Ekzematisationen. Als Abheilungsstadium bildet sich eine porzellanweiße, oberflächliche Narbe, mit einem pigmentierten Hof (FABRY; PICK; VOHWINKEL sowie DARIER). BESSELMANN dagegen konnte weder Narben noch Pigmentationen feststellen. Die Anzahl der auftretenden Papeln ist sehr unterschiedlich; im allgemeinen treten nur wenig Effloreszenzen auf, die disseminiert und nicht gruppiert angeordnet sind.

Erwähnenswert ist noch ein Fall von GRÜNEBERG, bei dem ein Wechselspiel zwischen Prurigo und Ekzem abläuft. Eine bestehende Prurigo nodularis Hyde

wurde nach einer nicht genau angegebenen Zeit jeweils von einem rezidivierenden Ekzem abgelöst, dessen Schübe stets zu einer vorübergehenden Abheilung der Prurigoeffloreszenzen führten.

Die Lokalisationen der Prurigoeffloreszenzen zeigen auch hier, wie schon bei den übrigen Prurigoformen, eine sehr große Variationsbreite, wenn auch eine besondere Vorliebe zu den Extremitäten (DARIER; PAUTRIER; WEITGASSER; GRUBER; KALKOFF; KÜNLE; A. KUTA; THIES; COLE u. DRIVER u. a.) nicht zu verkennen ist. Die Streckseiten zeigen dabei eine deutliche Praeavalenz gegenüber den Beugeseiten, die nur seltener Sitz von Prurigoeffloreszenzen sind (KÜNLE). Sehr häufig sind aber auch über den ganzen Stamm sich ausbreitende Exantheme festzustellen (PAUTRIER; WEITGASSER; GRUBER; DARIER sowie THIES). Seltener sind dagegen die Beteiligung des Gesichtes (PAUTRIER; WEITGASSER; DARIER; KRINITZ u. BORCHARDT) und der Handteller und Fußsohlen (PAUTRIER; WEITGASSER sowie O'LEARY, BRUNSTING, MONTGOMERY u. KIERLAND). Dagegen sind andere Lokalisationen mehr auf Einzelfälle beschränkt. So geben O'LEARY und Mitarb. sowie HAUSS die Glutaealregion und SCHÖNFELD die großen Labien neben anderen betroffenen Regionen als Sitz von Prurigopapeln an.

Das breite Spektrum der Ätiologie umfaßt hauptsächlich inkretorische Faktoren, während die gastroenteralen Ursachen bei weitem nicht die Rolle spielen wie etwa bei der Prurigo simplex subacuta.

Zusammenhänge mit den Menses sahen SCHAMBERG-HIRSCHLER; RASCH; AHRENS; ULLMANN; ZIERZ; FABRY u. a., Beginn des Leidens während oder im Anschluß an eine Gravidität beobachteten PAYENNEVILLE; VOHWINKEL; GRUBER; A. KUTA, und Beginn oder Verschlimmerung der Hauterscheinungen mit Eintritt der Menopause sahen GRUBER; KALKOFF; RICHTER sowie PEZZAROSSA. Beziehungen zwischen Prurigo nodularis Hyde und der Schilddrüsenfunktion stellten BÄTGE; COLE u. DRIVER, STRANDBERG sowie NIELSEN fest.

Dagegen glaubt PICK an toxische und autotoxische Vorgänge, ausgelöst z. B. durch eine Obstipation, die zu einer Entstehung dieser Dermatoze führen, und KLOSTERMANN und MARSCH fanden bei ihren Befunden Supracidität und Subacidität. Vertreter der allergischen Genese sind u. a. MARTINEZ und MARURI sowie PEZZAROSSA. Auftreten von Prurigopapeln im Anschluß an Insektenstiche beobachteten GRÜNEBERG; LUTZ; MASSOT; W. RICHTER sowie BRILL; einen causalen Zusammenhang mit einer Lues II sah BRILL und mit einer Geschwulst am Uterus beobachtete PICK. LOUSTE, LEVY-FRANCKEL

und CAILLIAU führen die Prurigoeruptionen auf Störungen der sensiblen und trophischen Nerven zurück, und für KEINING und BRAUN-FALCO sprechen die Nervenveränderungen für eine entzündliche Erkrankung des peripheren cutanen Nervenendnetzes.

SCHAUMANN fand bei einigen Fällen von Boeckscher Sarkoidose Prurigo nodularis-Effloreszenzen und vermutete dadurch Beziehungen der Sarkoidose zum Morbus Hodgkin. DEGOS berichtet von einem Fall, bei dem sich eine Boecksche Sarkoidose auf einem Prurigoknoten entwickelt hat. Beide Affektionen entstanden ziemlich gleichzeitig.

#### 4. Einteilung nach ätiologischen Gesichtspunkten sowie Klinik

Daneben gibt es aber noch weitere andere Hauterscheinungsbilder, die den Namen Prurigo tragen, über deren Zugehörigkeit zur Prurigogruppe die einzelnen Autoren wegen der oft fehlenden oder wenigstens fragwürdigen charakteristischen Morphe sehr gegensätzlicher Meinung sind. KOGOJ vertritt in diesem Zusammenhang den Standpunkt, daß diese Varietäten nicht als Sonderformen einer Prurigo betrachtet werden dürften.

Zu dieser Gruppe sind zu rechnen:

- a) Prurigo gestationis
- b) Prurigo melanotica
- c) Prurigo lymphatica
- d) Prurigo dermatographica
- e) Prurigo meteoropathica
- f) Prurigo aestivalis
- g) Prurigo uratica
- h) Prurigo diabetica
- i) Prurigo hiemalis

##### a) Prurigo gestationis

Die von GASTON 1900 erstmals beschriebene Prurigo gestationis ist eine während der Schwangerschaft auftretende Prurigo simplex subacuta (BOHNSTEDT). Diese Dermatose tritt meist in der zweiten Hälfte der Gravidität, selten früher auf. Bei den folgenden Schwangerschaften treten die Prurigopapeln wieder auf und zwar jedesmal heftiger, um mit der Geburt völlig zu schwinden. Nach BARTHELEMY können aber auch 6 Wochen nach der Geburt die Effloreszenzen noch bestehen,

Bei dem Exanthem handelt es sich dem Aspekt nach um eine typische Prurigo simplex subacuta. Nur selten sind sekundäre Ekzematisation und Lichenifikation sichtbar. Lokalisiert ist das Exanthem besonders an den Handrücken und Fußrücken sowie Extremitätenstreckseiten, selten auch an Schultern, Rumpf und Nates (WINKLER; BOHNSTEDT). Schleimhäute dagegen werden nicht befallen (BOHNSTEDT).

Während GASTON Infektionen vorausgehender Schwangerschaften Bedeutung beimißt, fand SEITZ Verdauungsstörungen und BOHNSTEDT deutliche Störungen der Leberfunktion. Es ist insbesondere noch umstritten, ob es sich bei dieser Dermatose um ein Krankheitsbild *suis generis* (WINKLER), oder ob es sich nicht um eine abortive Form des Herpes gestationis handelt.

#### b) Prurigo melanotica

Als besondere Variante der Prurigo simplex subacuta wurde die Prurigo melanotica von L. E. PIERINI und J. M. BORDA (1947) beschrieben. Für diesen Typus sind folgende Synonyma bekannt:

Prurigo melanogenica (MERKLEN u. SOLENTE)

Prurigo nigricans phthiriasiformis (ARGUELLES-CASALS)

Prurigo dismelanotica (COMEL)

Die in Südamerika und Kuba auftretende Dermatose wird überwiegend bei Frauen beobachtet, die fast ausschließlich Leber- und Gallenbeschwerden angeben. Bezeichnend für die pathogenetische Bedeutung der Hepatopathie ist das auffällige Zusammentreffen zwischen Schweregrad der Hepatopathien und der Intensität des dermatologischen Bildes. Nach PIERINI tritt diese Dermatose fast immer alleine auf; allerdings fand sich zuweilen eine Syntropie mit Acne necroticans, Sommerprurigo Hutchinson, Urticaria sowie umschriebener bzw. diffuser Lichenifikation.

STRINGO und VIVONE wiesen zusätzlich eine Haemochromatose auf. Ätiologisch bedeutsam sind auch bei der Prurigo melanotica, wie sich bei einer Reihe von Fällen nachweisen ließ, Verdauungsstörungen, Protozoen-Infektionen des Darmes, hypochrome Anaemien, Ovarialinsuffizienz sowie Lungentuberkulose oder Hyperthyreose. PIERINI und BORDA betonen, daß bei der biliären xanthomatösen Cirrhose die melanotische Prurigo praktisch immer ein Bestandteil des klinischen Bildes ist.

Die Prurigo melanotica beginnt mit juckenden Knötchen, nach KOGOJ keine Seropapeln, vor allem im Bereich der oberen Partien des Rückens, der

Brust, an den Außenseiten der Arme und an den seitlichen Halspartien, seltener im Gesicht sowie an den unteren Extremitäten. Erst nach Monaten, häufiger sogar nach Jahren, tritt zu den immer mehr auftretenden Papeln und Kratzeffekten eine "dunkle, schwärzliche Färbung" hinzu, die sich fast immer einheitlich, nur selten netzartig, im Bereich dieser Zone ausbreitet. Diese Färbung ist umso intensiver, je älter der Prozeß ist. Die Pigmentierung erstreckt sich vornehmlich auf den oberen Rückenabschnitt und breitet sich lendenwärts aus, ebenfalls zur Vorderseite der Brust und der Schulterpartie. Gelegentlich kann die bräunliche Verfärbung universell sein, behält aber ihre größte Intensität im Bereich der Praedilektionsstellen. Außerdem können die melanotischen Zonen mit kleinen leukodermischen Herden durchsetzt sein oder mit weißlichen Streifen, die die Spuren von rückgebildeten "Juckstellen" oder Kratzeffekten sind.

### c) Prurigo lymphatica

BUSCHKE faßte 1902 unter diesem Namen die pruriginösen Exantheme bei sämtlichen Krankheiten im lymphatischen und haematopoetischen Apparat zusammen (BRUUSGAARD). Hierher gehört demnach die Prurigo lymphatica im engeren Sinn bei den verschiedenen Leukämieformen, die Prurigo lymphadénique (DUBREUILH, 1905), von der FAVRE sagt: "Sie ist ein bei den Retikulopathien bzw. Mykosis fungoides und Leukosen auftretendes Symptom", und die nach HUET eine Affektion ist, die durch starken, persistierenden Juckreiz sowie einen papulovesikulösen Ausschlag charakterisiert ist, genauso wie die Prurigo lymphogranulomatotica (SCHOENHOF) oder Prurigo lymphogranulomatosa (MATRAS), bei dem Morbus Paltauf-Sternberg.

Außerdem sind hier folgende Fallbeschreibungen einzugliedern.

PAUTRIER macht aufmerksam auf ein äußerst rasches Aufschießen spezifischer Tumoren schon 4 Monate nach dem Beginn eines akuten, pruriginösen, sich generalisierenden praemykotischen Exanthems. ROST beschreibt das Bild einer Prurigo lymphatica bei einem Morbus Brill-Symer, die vornehmlich an der Vorderseite des Stammes sowie an den Extremitäten lokalisiert ist unter einer Bevorzugung der Beine. JAUSION und GIARD berichten über eine seit 10 Jahren bestehende Prurigo bei einer Biermerschen Anaemie und LONGHIN und BUSCA bei einer essentiellen Anaemie. Als Acne urticata polycythaemica beschreibt KLAUDER ein generalisiertes, stark juckendes, papulös-urticarielles Exanthem, das sich entsprechend dem Sinken oder Steigen der Erythrocytenzahl besserte oder verschlechterte.

Weitere Grunderkrankungen als Basis einer Prurigoeruption werden von ARNDT

erwähnt, indem er betont: "auch bei anderen mehr oder weniger generalisierten Erkrankungen des lymphatischen Apparates, parenchymatösen wie granulomatösen, so bei Lymphosarkom (WUNDERLICH; DUBREUILH), manchen Formen von Drüsen-Tuberkulose (PINKUS), Hyperplasien des lymphatischen Apparates, bei Malaria (PINKUS)". Zahlreicher sind nun die pruriginösen Exantheme bei den Leukämien und dem Morbus Paltauf-Sternberg. KREIBICH bezeichnete die unspezifischen Hauterscheinungen bei der Lymphogranulomatose als "Lymphogranuloma pruriginosum" und vertritt die Ansicht, daß das Prurigobild der Lymphogranulomatose ausgeprägter und häufiger zu finden ist als bei den Lymphadenosen.

Die mannigfaltigen Erscheinungen mit unspezifisch histologischem Charakter wurden einmal als Leukaemide (AUDRY) oder als Hautbegleiterscheinungen (PINKUS) bezeichnet. SCHÖNFELD spricht sich für die Bezeichnung "Hautbegleiterscheinungen" deshalb aus, weil sie nicht wie "Leukaemide", den kausalen Zusammenhang mit dem haematopoetischen System anklingen läßt und die Unspezifität mehr charakterisiert. Die meisten Autoren betonen den histologisch unspezifischen Charakter der Hauterscheinungen. Dagegen beweist KEINING (1949), daß die anfangs histologisch unspezifisch gebauten Prurigoknötchen in spezifisch gebaute bis handflächen-große leukaemische Knoten umgewandelt werden können.

Verlauf und klinisches Bild der unspezifischen Hautbegleiterscheinungen ist sehr verschieden. GEBHARDI sagt in diesem Zusammenhang: "Es sind vor allem erythematöse, vesikulöse, pustulöse, bullöse und papulöse Herde sowie Haemorrhagien, Ulcerationen, Nekrosen, Lichenifizierungen und Pigmentierungen in verschiedener Anordnung und Ausdehnung". Einen grundsätzlichen Unterschied im Hauterscheinungsbild zwischen der Lymphogranulomatose und den beiden Grundformen der Leukaemie - der myeloischen und der lymphatischen - gibt es nicht (GEBHARDI; MATRAS). Nur läßt sich allgemein feststellen, daß bei Prozessen mit myeloischem Blutbefund die Hauterscheinungen meist seltener sind als bei solchen mit lymphatischem Hautbefund (ARZT u. FUHS; GOTTRON).

Ein gutes klinisches Bild hat uns schon E. WAGNER (1886) vermittelt: "auch zwischen den Knötchen war die Haut schilferig, meist haararm, dick, schwer in eine Falte zu heben und trocken". Die Folgeerscheinungen eines pruriginösen Hautbildes wie Ekzematisation und Lichenifikation, Pachydermie und Pigmentverschiebungen beherrschen fast das ganze Krankheitsbild. Die Prurigophase kann auch häufig lange vor der Manifestation der Haematodermie

auftreten, was von vielen Autoren bestätigt wird (LEHNER; MACHACECK; SCHÖNFELD u. a.). Die Lokalisation zeigt hinsichtlich der Genese der einzelnen Haematodermien keine Unterschiede, dafür aber im ganzen wieder eine große Variationsbreite. Meist handelt es sich um mehr oder weniger ausgebreitete Prurigoexantheme mit einer angedeuteten Symmetrie (MATRAS) am ganzen Körper (ARZT u. FUHS; KREIBICH). Während BUSCHKE; MACHACECK; SCHOENHOF sowie WAGNER hauptsächlich die Streckseiten der Extremitäten und den Stamm als Sitz von Prurigopapeln angeben, werden von WAGNER auch in den Beugeseiten zahlreiche Effloreszenzen festgestellt.

Hinsichtlich des Kopfes geben NOBL sowie BUSCHKE eine gelegentliche Mitbeteiligung an, dagegen sahen MATRAS sowie KREIBICH in diesem Bereich keine Hauterscheinungen. Neben diesen mehr ausgebreiteten Formen werden von NOBL nur die Unterschenkel und von BRACK nur die Streckseiten der Arme und Oberschenkel als Sitz von Prurigopapeln bei dieser Dermatose angegeben.

#### d) Prurigo dermatographica

MARCUSSEN beschreibt 1950 unter diesem Namen eine Prurigoform, bei deren Träger stets ein juckender, urticarieller Dermographismus und bei einer größeren Anzahl psychische Störungen nachzuweisen waren.

Die pruriginösen Hauterscheinungen bestanden bei einem allgemeinen, leichten Hautjucken vornehmlich an den Körperstellen, die einmal durch eng anliegende Kleidungsstücke oder über Knochenvorsprüngen besonders intensiv Reibungen ausgesetzt waren. Hier ist an eine Verbindung mit dem endogenen Ekzem zu denken, denn nach KORTING ist für das endogene Ekzem überwiegend ein weißer Dermographismus typisch, während der rote Dermographismus nach seinen eigenen Feststellungen kaum in Betracht kommt.

#### e) Prurigo meteoropathica

Diese Variante, die morphologisch mehr der chronischen Form der Prurigo simplex ähnelt (LUTZ), ist von mehreren Autoren beobachtet worden, so von DYMICKI 1923; FASCIO 1930; DE AMICIS 1932; DOUKAS 1937 und 1939; KOGOJ sowie BORDA und PIERINI. Ätiologisch werden klimatische und meteorologische Faktoren (DE AMICIS; DE BLASIO) angenommen, während noch DYMICKI schlechte hygienische Verhältnisse in einen kausalen Zusammenhang brachte. Es handelt sich um ein sehr multiformes Krankheitsbild, bei dem neben prurigoartigen Knötchen auch kleinste Bläschen, lichenifizierte Bezirke und als Abheilungseffloreszenzen weiße oder pigmentierte

Närbchen bestehen. Die Prurigoknötchen verteilen sich meist über den ganzen Körper (DOUKAS). BORDA und PIERINI sahen dieses Verteilungsmuster aber nur bei Kindern, während bei Erwachsenen nur die Extremitäten Sitz von Hauterscheinungen waren. Bei dieser Dermatoze handelt es sich meist um eine typische Erscheinungsform, die jedoch eine besondere Ätiologie aufweist.

#### f) Prurigo aestivalis

Diese Sommerdermatose wurde zuerst von HUTCHINSON 1888 als "Sommerprurigo" beschrieben. Sie ist jahreszeitlich begrenzt - von Frühjahr bis Herbst - und bevorzugt ausgesprochen das weibliche Geschlecht (HUTCHINSON; SELLEI u. LIEBNER sowie PICK). Gekennzeichnet ist sie durch das Auftreten von Prurigoeffloreszenzen in nur den Hautpartien, die dem Licht ausgesetzt sind. Als Primäreffloreszenzen werden von SELLEI und LIEBNER sowie PICK urticarielle Knötchen, von DEGOS Seropapeln angegeben. Den Hauterscheinungen gehen Brennen, Jucken und Rötung voraus sowie eine mehr oder weniger urticarielle Schwellung (EPSTEIN). Das Hauterscheinungsbild ist sehr mannigfaltig und wechselhaft. Gleichzeitig oder auch im Wechsel können neben Prurigopapeln verdickte, schuppige erodierte Laesionen und lichenifizierte Veränderungen (DE FOSTER; PICK) auftreten. Nach Ablauf der Eruption bleiben kleine Restnarben und Pigmentationen (SELLEI u. LIEBNER sowie BUCHAL) zurück, und BUCHAL erwähnt auch schon während der Erkrankung eine schwarz-braune Pigmentierung.

Die Lokalisation fällt meist mit den dem Licht ausgesetzten Körperregionen zusammen. Sehr eindeutig beschreibt GOLDSCHLAG diese Abhängigkeit zwischen Hauteruption und Exposition zum Licht. Erwähnenswert ist die scharfe Begrenzung der Eruptionen im Gesicht insofern, als die durch ein Kopftuch geschützten Partien keine Hautveränderungen aufwiesen. Die Praedilektionsorte werden demzufolge in großer Einstimmigkeit mit Sitz an den Armen, Händen, Gesicht und Halsausschnitt angegeben (EPSTEIN; BRAUER; PICK; BUCHAL u. a.), wobei BUCHAL und PICK noch besonders Gesicht, Nase, Kinn und Wangen und bei den Extremitäten die Streckseiten hervorheben. Aber auch der alleinige Befall der Extremitäten und der Unterlippe (LOPEZ-GONZALES) sowie Eruptionen auf bedeckten Körperstellen wie Stamm (GERTLER) und Kreuzbeingegend (BUCHAL sowie BURGER) werden beschrieben.

Die Tatsache, daß die Hauterscheinungen im Anschluß an einen schweren Sonnenbrand auftreten können, spricht dafür, daß durch diese Bestrahlung

eine Sensibilisierung der Haut zustande gekommen ist (BRAUER und DE FOSTER). Weiterhin ist es wichtig festzustellen, daß auch bei der Prurigo aestivalis verschiedene Basiserkrankungen bestehen; so z. B. Magensubacidität (GERTLER), Neigung zu Verschiebungen der Menses (BURGER), habituelle Obstipation, Subacidität, leichter Leberschaden, sekundäre Anaemie, ovarielle Insuffizienz (BURGER), Störungen im tractus intestinalis und Leberbeschwerden (SZENICER). PICK, der nach einem Zusammenhang mit Pubertät, Klimakterium und Menses suchte, konnte keine Beziehungen feststellen.

#### g) Prurigo uratica

Schon bei Ch. FUCHS werden die zurückgehaltenen Bestandteile des Harns hypothetisch der Prurigo zugrunde gelegt. Aber auch schon PULAY; KAMBAYASHI und KIUCHI haben auf eine Vermehrung der Harnsäure um das Doppelte als Auslösfaktor für eine Prurigo hingewiesen. Doch erst COMEL prägte 1937 die Bezeichnung Prurigo uratica für eine Dermatose, die zum Kapitel der metabolischen Prurigoformen gerechnet wird. Sie stellten den höchsten Grad der dreifachen cutanen Antwort auf Hyperurikämie: "Pruritus", "Urticaria", Prurigo uratica" dar.

Die Effloreszenzen treten am ganzen Körper auf (COMEL) mit einer besonderen Praedilektion um die Gelenke. Aus dem papulösen Gebilde ließ sich ein sandkorngroßes Konkrement eliminieren, in dem reichhaltig Harnsäure nachgewiesen werden konnte. Diese Tatsache veranlaßte COMEL, diese Prurigoform besonders hervorzuheben.

Auch MIAN (1951) spricht von Prurigo uratica bei einem Auftreten von Vesikopapeln an den Gliedmaßen und Stamm. Die Diagnose gründete sich auf die Uratohistaechie sowie auf die vermehrte Harnsäureretention nach Belastung. Der Schlüsselfaktor wird besonders im Purinstoffwechsel gesehen.

#### h) Prurigo diabetica

MIAN hält es für gerechtfertigt, bei einer diabetischen Stoffwechsellage auftretende Prurigoeruptionen als besondere Form zu deklarieren. Sie ist ergo in die Klasse der dysmetabolischen Prurigodermatosen einzustufen.

#### i) Prurigo hiemalis

Diese Dermatose, als Winter- oder Herbstprurigo von DUHRING 1892 beschrieben, wird von ihm zum Gegensatz des Pruritus hiemalis (1874 DUHRING) besonders hervorgehoben (KOGOJ).

Ausgelöst wird sie teils durch Kälteeinwirkung (TÖRÖK), teils durch Tragen von Wollwäsche (PIERINI u. Mitarb.). Sie ist zeitlich begrenzt vom Herbst bis zum Frühling und beginnt mit heftigen Juckanfällen, besonders an den unteren Extremitäten. Abweichend von dieser schulmäßigen Form, stellte SCHMIDT als Lokalisationsorte Brust, Rücken und Kopf fest. Seropapeln, das typische Kriterium für Prurigo, werden nicht beobachtet (DEGOS; KOGOJ), während TÖRÖK die Existenz von "kleinen entzündlichen ödematösen Papeln" angibt. Leichtere Lichenifikationserscheinungen werden beobachtet (KOGOJ). Eine klare Abgrenzung gegenüber Pruritus hiemalis ist nicht gegeben.

Eine besondere morphologische Variante verdient Erwähnung, nämlich die Syntropie von sog. Prurigo hiemalis und Ichthyosis (STOKES).

## II. EIGENE BEFUNDE AM KRANKENGUT DER UNIVERSITÄTS-HAUTKLINIK

### 1. Kasuistik

Fall 1: A., Günter, 28-jähriger Schreiner, ambulant

Diagnose: Prurigo lymphogranulomatotica

Vorgeschichte: F.A.: o.B., E.A.: o.B.

Jetzige Erkrankung: Im Laufe des Sommers 1963 hat der Patient an der rechten Halsseite eine kleine, nicht schmerzhaft Anschwellung bemerkt. Außerdem bestand ein Druckgefühl in der Herzgegend. Einige Wochen später Juckreiz am ganzen Körper, hauptsächlich an den Beinen. Abends bestanden Temperaturen 38 - 39°C. Der Patient befand sich von November 1963 bis Mai 1964 wegen der bestehenden Herzbeschwerden und des Morbus Paltauf-Sternberg in stationärer Behandlung. Im August 1964 erneut heftiger Juckreiz an den Beinen, der besonders nachts sehr stark sei und morgens schlagartig aufhören würde sowie Auftreten knötchenartiger Hauterscheinungen. Günter A. wurde 1964 neben einer Dekortinbehandlung unter Cobalt-60-Bedingungen fraktioniert bestrahlt - auf das Mediastinum von einem ventralen und zwei lateralen Thoraxfeldern. Die am 16. IX. 1964 gemachte Thoraxaufnahme zeigte einen Rückgang der Mediastinal- und Hiluslymphknoten. Wochen später völliger Rückgang des Juckreizes. Die Papeln wurden ganz flach und es blieben schließlich reiskorn- bis pfenniggroße, oberflächlich atrophisierte, rundliche, scharf begrenzte, elfenbeinweißfarbene Herde als Abheilungsstadium zurück.

Aus dem Allgemeinbefund: Szintigraphisch: mäßig vergrößerte Milz. Im Bereich des linken lateralen Halsdreiecks ein etwa linsengroßer, mäßig

derber Lymphknoten, unter der linken Mamille eine fast eigroße, konsistenzvermehrte Geschwulst tastbar. Gutes Allgemeinbefinden bei gutem EZ und KZ.

Hautbefund: Bei allgemein seborrhoischer Hautbeschaffenheit bestehen folgende Hautveränderungen:

1. Zahlreiche mehr tast- als sichtbare, stecknadelkopf- bis reiskorngroße Papeln an den Unterschenkeln und beiden Oberarmen, vereinzelt in der Schulterblattregion.
2. Auf den Fußrücken finden sich sehr zahlreiche bis kirschkerngroße Papeln, vergleichbar dem Erscheinungsbild der Prurigo nodularis Hyde.
3. In den genannten Hautbereichen finden sich außerdem zahlreiche strichförmige Kratzeffekte und bis pfenniggroße, oberflächliche, depigmentierte Restnarben.

Fall 2: A., Maria, 65-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr.: 11/63

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E.A.: Als Kind Masern, vor 15 Jahren Ischiasschmerzen rechts, oft Bronchitiden und Halsentzündungen. Vor einem Jahr Magengeschwüre mit starken Magenbeschwerden und Teerstühlen.

Funktionsstörungen im Bereich des Dünndarms sowie ein Narbenbulbus wurden röntgenologisch festgestellt.

Gynäkologisch: o.B.

Jetzige Erkrankung: Vor 4 Jahren erstmals Hauterscheinungen im Gesicht. Nach Angabe der Patientin waren Effloreszenzen vor dem Auftreten des Juckreizes sichtbar. Nach Aufkratzen der Papeln schlagartiges Nachlassen des Juckreizes. Rohes Steinobst, Fett, süß und sauer, sowie alle Kohlarten werden nicht vertragen.

Aus dem Allgemeinbefund: Pyknischer Konstitutionstyp.

RR 200/120 mm Hg, kirschkerngroße Lymphknoten in beiden Axillen.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb 16 g %, Ery. 4,44 Mill., Leuko. 8000, Diff.: Eos. 2 %, Segm. 47 %, Lymph. 51 %. Humorales Blutbild: BSG 6/17 mm n.W., Eiweißlabilitätsreaktionen i.S.: Ø; Elektropherogramm: Alb. 45 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 3 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 13 %, Beta-Glob. 17 %, Gamma-Glob. 22 %, Gesamteiweiß 6,44 g %.

Harnstatus: Indikan +, Harnsediment: einige Leuko.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind Stirn, untere Wangenpartien rechts und links, mittlere Halspartie, der Bereich des Schultergürtels, Brust- und Bauchbereich, Oberschenkelaußenseiten und die Unterschenkelstreckseiten.

In lichter Aussaat linsen- bis pfenniggroße, scharf begrenzte braun-rote, mehr tast- als sichtbare infiltrierte Papeln, die teils eine zentrale Exkoration oder Blutkrüstchen aufweisen. Daneben ca. linsengroße, zartrote Erytheme ohne Infiltration mit oberflächlicher Atrophie als Abheilungsstadium.

Fall 3: B., Auguste, 53-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr.: 11/64

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E.A.: Als Kind Kinderlähmung und Diphtherie.

Gyn. A.: Menses unregelmäßig, Klimakterium mit 50 J., Kolpitis senilis, 1935 und 1948 Lipomoperationen. 1950 Eierstocksentzündungen.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hauterscheinungen vor 3 Wochen mit starkem Juckreiz und dicken Knoten an den Armen und am Rumpf. Mit Auftreten des Juckreizes Wegbleiben der bis dahin bestehenden Hitzewallungen.

Aus dem Allgemeinbefund: o.B.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb 16 g %, Ery. 4,46 Mill., Leuko. 6200, Diff.: Eos. 2 %, Stabk. 4 %, Segm. 68 %, Lymph. 25 %, Mono. 1 %. Humorales Blutbild: BSG 8/18 mm n.W.; Elektropherogramm: Alb. 51 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 5 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 12 %, Beta-Glob. 14 %, Gamma-Glob. 18 %, Gesamteiweiß 5,61 g %.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Wurmeier: Ø

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind der Rumpf mit besonderer Bevorzugung des Rückens und der Nates sowie die Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten.

Vorhanden in bald lichter, bald dichter Aussaat glasstecknadelkopf- bis gut linsengroße scharf begrenzte, mehr tast- als sichtbare, im Bereich der unteren Extremitäten mehr dunkelrote Knoten, die teils zentral exkoriert, teils mit einer haemorrhagischen Kruste bedeckt sind. Dazwischen etwa bis linsengroße, von einem hyperpigmentierten Randsaum umgebene, zartatrophische Närbchen als Abheilungsstadium der beschriebenen Effloreszenzen.

Fall 4: S., Christine, 51-jährige Kantinenverwalterin - Kr.Bl.Nr. 11/64

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B., E.A.: o.B.

Gyn. A.: Beginn des Klimakteriums Mai 1963, unregelmäßige Menses, Kraurosis vulvae, infantil hypoplastischer Uterus.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hauterscheinungen vor einem Jahr. Die Prurigopapeln entstehen sekundär nach einem vorangehenden heftigen Juckreiz, Exacerbationen während der Menses, oft nach Genuß von Eiern. Nach Fischgenuß häufig Brechreiz.

Aus dem Allgemeinbefund: o.B.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15 g %, Ery. 3,86 Mill., Leuko. 8900, Diff.: Eos. 2 %, Stab. 5 %, Segm. 52 %, Lympho. 39 %, Mono. 2 %. Humorales Blutbild: BSG 22/45 mm n. W., Elektropherogramm: Alb. 44 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 5 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 12 %, Beta-Glob. 13 %, Gamma-Glob. 26 %, Gesamteiweiß 7,59 g %. Eiweißlabilitätsreaktionen Ø.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Wurmeier: Ø

Hautbefund: Sitz der Hauterscheinungen sind in symmetrischer Anordnung Nacken, Schulterblattregion, Hüft- und Inguinalbereich, Nates, Rima ani, Oberschenkelstreckseiten und Waden.

Vorhanden in bald lichter, bald dichter Aussaat stecknadelkopf- bis linsengroße, größtenteils zentral exkorierte Knötchen. Dazwischen linsengroße, zartatrophische, blaßrosa erscheinende Narben.

Fall 5: B., Ella, 63-jährige Rentnerin - Kr.Bl.Nr. 11/64

Diagnose: Prurigo aestivalis

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als Kind Masern, mit 2 Jahren Nabelbruch. 1956 Thrombose und Embolie im rechten Bein, seitdem häufig Beingeschwüre. Patientin pflegt den rechten Unterschenkel wegen des bestehenden Status varikosus zu wickeln. Gynäkologisch: o.B.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hauterscheinungen vor 3 Tagen an belichteten Stellen, begleitet von Brech- und starkem Juckreiz. Einen Tag vorher hatte die Patientin längere Zeit in der Sonne gestanden.

Aus dem Allgemeinbefund: Subacidität des Magens.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 11,83 g %, Ery. 4,14 Mill., Leuko. 6700, Diff.: Stabk. 1 %, Segm. 59 %, Lympho. 39 %, Mono. 1 %. Humorales Blutbild: BSG 8/25 mm n.W., Elektropherogramm: Alb. 55 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 6 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 7 %, Beta-Glob. 10 %, Gamma-Glob. 22 %, Gesamteiweiß 6,77 g %. Harnstatus: chemisch o.B., Harnsediment: 1 Ery., 6 Leuko. Desmoidpille: Keine Blaufärbung

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind Arme mit Bevorzugung der Ober- und Unterarmstreckseiten, Streck- und Beugeseite des linken Unterschenkels und der Halsausschnitt.

Vorhanden dicht stehende gerötete, reiskorngroße, mäßig derbe Knoten neben Exkoriationen, haemorrhagischen Krüstchen und linearen Kratzeffekten. Nebenfund: Lingua plicata.

Fall 6: E., Heide, 22-jährige Küchenhelferin - Kr.Bl.Nr. 11/65

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E.A.: Als Kind Masern, Scharlach, Keuchhusten, Schilddrüsenaplasie. 1952 Gelbsucht, 1954 Commotio cerebri, 1955 operative Korrektur einer Stellungsanomalie des rechten Auges. 1960 Mundphlegmone.

Gyn.A.: Menses unregelmäßig. Geburten: 1 Totgeburt, 2 Fehlgeburten.

Jetzigste Erkrankung: Bestehen der stark juckenden Hauterscheinungen seit der Geburt. Seit ca. 4 Wochen geringgradige Zunahme der Hauterscheinungen und des Juckreizes; Verstärkung desselben in der Wärme und nach Genuß von Senf. Keine Periodenabhängigkeit. Sofortige Sistierung nach Aufkratzen der Knötchen.

Aus dem Allgemeinbefund: Lymphknotenstatus: inguinal kleine, indolente Lymphknoten tastbar. Facialisparese rechts. Subacidität.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 14,17 g %, Ery. 4,1 Mill., Leuko. 5300, Diff.: Eos. 2 %, Stabk. 1 %, Segm. 53 %, Lympho. 44 %. Humorales Blutbild: BSG 10/15 mm n.W., Elektropherogramm i.S.: Alb. 66 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 4 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 5 %, Beta-Glob. 9 %, Gamma-Glob. 16 %, Gesamteiweiß 6,44 g %, Transaminasen Ø.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen beide Wangen sowie Streckseiten beider Unter- und Oberarme.

Vorhanden neben etwa linsengroßen, polyzyklisch begrenzten, elfenbeinweißen, oberflächlichen Narben, die disseminiert über die befallenen Hautareale verteilt sind, gleich große und gleich geformte hyperpigmentierte Maculae, die stellenweise noch ein darunterliegendes, geringgradiges Infiltrat palpieren lassen sowie ganz vereinzelt zentral exkorierte, reiskorngroße, mehr tast- als sichtbare, fleischfarbene Knoten.

Fall 7: E., Joachim, 65-jähriger Oberförster - Kr.Bl.Nr. 11/64

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F. A.: Mutter, 79-jährig an Anaemie, Vater 52-jährig an Darmcarcinom gestorben.

E. A.: Als Kind Scharlach und Masern. 1935 Appendektomie.

Jetzige Erkrankung: Hautveränderungen seit einem Jahr an beiden Unterschenkeln mit zwischenzeitlichen Besserungen. Drei Monate nach Beginn Ausdehnung auf beide Arme. Sehr starker Juckreiz.

Aus dem Allgemeinbefund: Athletischer Konstitutionstyp.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15, 74 g %, Ery. 4,16 Mill. Leuko. 5600, Diff.: Baso. 1 %, Stabk. 1 %, Segm. 50 %, Lympho. 45 %, Mono. 3 %. Humorales Blutbild: BSG 4/13 mm n. W., Blutzuckertagesprofil: I: 177 mg %, II: 197 mg %, III: 138 mg %. Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o. B.

Hautbefund: Sitz der Hauterscheinungen sind die Streckseiten der oberen und unteren sowie die Beugeseiten der unteren Extremitäten und der Stamm. Vorhanden, manchmal in gruppierter Anordnung, stecknadelkopf- bis linsengroße, rot bis braunrote, mehr tast- als sichtbare, mäßig derbe Knoten. Stellenweise zeigen die Papeln silbrig-weiße Schuppen oder Exkoriationen.

Fall 8: F., Hildegard, 16-jährige Lagerarbeiterin - Kr.Bl.Nr. 11/64

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F. A.: o. B.

E. A.: Als Kind Masern und Mumps. Häufig schwere Anginen. Januar 1964 urticarielle Hauterscheinungen im Gesicht.

Gyn. A.: Menarche 11 Jahre, Menses unregelmäßig mit dysmenorrhöischen Beschwerden.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hautveränderungen Mitte Oktober im Gesichtsbereich und am rechten Ohr läppchen. Anfang November Auftreten der gleichen Hauterscheinungen im Bereich beider Mammae. Es bestand kein Juckreiz!

Aus dem Allgemeinbefund: Tonsillen beiderseits hypertrophiert.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15,22 g %, Ery. 4,26 Mill., Leuko. 7000, Diff.: Eos. 3 %, Baso. 1 %, Jugendl. 4 %, Segm. 58 %, Lympho. 34 %. Humorales Blutbild: BSG 5/12 mm n. W.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen beide Mammae, links stärker als rechts.

Es finden sich rot-bräunliche bis livid verfärbte, von glasstecknadelkopf- bis linsengroße, mehr tast- als sichtbare Papeln mit zentralen Exkoriationen bzw. haemorrhagischen Krusten.

Fall 9: G., Anni, 28-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/64

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: Vater hat Psoriasis vulgaris.

E. A.: Kinderkrankheiten nicht erinnerlich. Später einmal Gelbsucht.

Gynäkologisch: o.B.

Jetzige Erkrankung: Auftreten der ersten Hauterscheinungen nach der ersten Periode im 11. Lebensjahr. Seitdem Bestand der Hauterscheinungen mit starkem Juckreiz.

Aus dem Allgemeinbefund: o.B.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 14,7 g %, Ery. 4,14 Mill., Leuko. 5700, Diff.: Eos. 1 %, Stabk. 1 %, Segm. 71 %, Lympho. 24 %, Mono. 3 %. Humorales Blutbild: BSG 2/5 mm n. W., Transaminasen Ø, Galaktosebelastung Ø, Elektropherogramm Ø.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind der Stamm, mit Bevorzugung der oberen Rückenanteile sowie beide Nates, das Gesicht, die oberen und unteren Extremitäten, vornehmlich die Streckseiten.

Vorhanden sind glasstecknadelkopf- bis linsengroße, rote bis braunrötliche, mehr tast- als sichtbare Knötchen, die teils zentral exkoriert, teils mit einer kleinen haemorrhagischen Kruste bedeckt sind.

Fall 10: G., Emma, 58-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 1d/64

Diagnose: Prurigo simplex subacuta und Lichen simplex

Vorgeschichte: F. A.: o.B.

E. A.: Als Kind Masern. 1940 Kindbettfieber, seit 2 - 3 Jahren Rheuma.

Hautausschlag am Kopf und Körper, auch schon im Kindesalter.

Gynäkologisch: o.B.

Jetzig e Erkrankung: Auftreten der Hautveränderungen meist im Herbst. 1947 trat erstmals um die Augen ein Ekzem auf, das einige Wochen bestand und später auf den Hals übergriff. Diese Erscheinungen, besonders am Hals und auf der Brust, seien in den letzten Jahren immer wieder aufgetreten, begleitet von starkem Juckreiz. Seit 14 Tagen am ganzen Körper juckende Knötchen.

Aus dem Allgemeinbefund: Pyknischer Konstitutionstyp.

Druckschmerz im Epigastrium; Hyperacidität.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 14,34 g %, Ery. 4,3 Mill., Leuko. 7100, Diff.: Segm. 73 %, Lympho. 27 %.

Humorales Blutbild: BSG 21/46 mm n.W., Elektropherogramm:

Alb. 62 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 4 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 13 %, Gamma-Glob. 10 %, Gesamteiweiß 5,45 g %.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen ist das gesamte Integument mit besonderer Bevorzugung der Brust, Schultern, Oberarme, Bauch, Leisten- und Unterschenkel.

Vorhanden regellos verstreut stecknadelkopf- bis linsengroße bläulich livide, mäßig derbe Knötchen neben Exkorationen und haemorrhagischen Krüstchen. Auf der linken Halsseite besteht ein handtellergroßes Beut polygonaler Knötchen, die dicht aneinander gelagert sind und das Bild einer bläulich-roten lichenifizierten Haut bieten.

Fall 11: G., Karl, 59-jähriger Gastwirt - Kr.Bl.Nr. 11/63

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F. A.: o.B.

E. A.: Leistenbrüche beiderseits im Krieg, herzkrank seit dem Kriege, 1962 Lebercirrhose und Herzinfarkt.

Jetzig e Erkrankung: Beginn der Hauterscheinungen mit unerträglichem Juckreiz nach dem Krieg. Trinkt als Gastwirt sehr viel Alkohol.

Aus dem Allgemeinbefund: Bei pyknischem Konstitutionstyp und geringgradiger Belastungsdyspnoe und Lippencyanose, inguinal links schmerzloser, harter, gut verschiebbarer, kirschkerngroßer Lymphknoten tastbar. Rote Zunge. RR 210/110 mm Hg; lautes Systolikum über allen Herz-Ostien; 3 - 4 QF unter dem Rippenbogen in der Medioclavicularlinie derbe, konsistenzvermehrte Leber tastbar, an beiden Händen Uhrglasnägel und Akrocyanose. An den unteren Extremitäten Varizen und Cutis marmorata. Die Röntgenuntersuchung des Magen-Darmtraktes ergab Zeichen einer Antrumgastritis.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15,7 g %, Ery. 4,36 Mill., Leuko. 7200, Diff.: Eos. 6 %, Stabk. 1 %, Segm. 51 %, Lympho. 42 %. Humorales Blutbild: BSG 31/55 mm n.W. Elektropherogramm: Alb. 56 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 7 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 10 %, Beta-Glob. 12 %, Gamma-Glob. 15 %. Eiweißlabilitätsreaktionen: 100 mg %, Thymoltest Ø, Weltmann 9 Rö. SGOT 79,38 E/ml, SGPT 38,35 E/ml, ALD 11,12 E/ml, Fe i.S. 346,6 gamma %, Bilirubin i.S. 2,2 mg %, Gesamteiweiß 5,45 g %.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen, bei einer allgemeinen Generalisierung, besonders Streckseiten der beiden Arme und Beine, Beugeseiten der Oberschenkel sowie caudale Hälfte des Rückens mit Nates und Hypogastrium. Man findet isolierte, stechnadelkopf- bis linsengroße rote Knoten, die zentral teils Exkoriationen, teils Krusten zeigen.

Nebenbefund: Am unteren Drittel des linken Unterschenkels handtellergrößer, unscharf begrenzter, erythematöser Bezirk, der z.T. feinlamellöse Schuppen, z.T. Exkoriationen, z.T. Krusten aufweist. Ausgedehnte Varikosis beider Unterschenkel.

Fall 12: G., Leo, 54-jähriger Hilfsarbeiter - Kr.Bl.Nr. 11/6/64

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A. o.B.

E. A.: Keine Kinderkrankheiten. 1942 Malaria, 1943 Gelbsucht, 1961 Leistenbruch-Operation links.

Jetzig e Erkrankung: Erstes Auftreten von Hauterscheinungen 1945. Es bestand ein sehr starker Juckreiz, der mit plötzlicher Rötung des ganzen Rumpfes einschließlich der Extremitäten einherging. Später Hinzutreten von Knoten.

Aus dem Allgemeinbefund: Leber: 2 QF in der Medioclavicularlinie

verbreitert. (Leberpunktat: Restzustand nach Hepatitis.) Kyphose der oberen BWS; Pupillenform: Anisokorie.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 13,14 g %, Ery. 3,9 Mill., Leuko. 5900, Diff.: Stab. 2 %, Segm. 50 %, Lympho. 44 %, Mono. 4 %. Humorales Blutbild: BSG 50/83 mm n.W., Elektropherogramm: Alb. 45 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 8 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 13 %, Beta-Glob. 14 %, Gamma-Glob. 20 %, Gesamteiweiß 7,92 g %; Eiweiß-labilitätsreaktionen: SGOT 18,07 mE/ml, SGPT 18,06 mE/ml, SDH 1,27 mE/ml, Bromthalein-Test 3,6 %.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen ist das ganze Integument mit Ausnahme der Handflächen und Fußsohlen.

Vorhanden in lichter Aussaat, vor allem am Stamm und an den Extremitäten, weniger am Kopf und im Gesicht, bis linsengroße stark juckende Papeln, die meist zentral exkoriert oder mit einer haemorrhagischen Kruste bedeckt sind. Nebenbefund: Über dem rechten Olekranon hühnereigroßer, entzündlich geröteter Tumor mit Fluktuation.

Fall 13: G., Margarete, 42-jährige Hausgehilfin - Kr.Bl.Nr.

Diagnose: Prurigonote der Dermatitis herpetiformis Duhring

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als Kind Masern, Diphtherie und Tonsillektomie, 1935 Venenentzündung, 1955 Gehirnerschütterung, seitdem starke Kopfschmerzen.

Gyn. A.: 1960 Entfernung eines Gebärmutterpolypen. Kleiner retroflektierter Uterus, Kolpitis.

Jetzige Erkrankung: Vor 10 Jahren Beginn mit Juckreiz am ganzen Körper. Danach Auftreten kleiner "Maserbläschen", die zunächst brennen und dann jucken. Im Herbst seien die Hauterscheinungen am stärksten. Exkoriationen nach Eier- und Fischmahlzeiten sowie besonders nach Gebrauch von Bad Reichenhaller-Salz.

Aus dem Allgemeinbefund: Patientin mit hypochondrischen, weinerlichen Zügen. Axillar beiderseits bis kirsch kerngroße, gut verschiebbliche, indolente Lymphknoten tastbar. Beide Nierenlager klopfempfindlich.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 13,5 g %, Ery. 4,0 Mill., Leuko. 8300, Diff.: Eos. 1 %, Stabk. 3 %, Segm. 51 %, Lympho. 43 %, Mono. 2 %. Humorales Blutbild: BSG 6/13 mm n.W., Elektropherogramm: Alb. 55 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 4 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob.

10 %, Beta-Glob. 14 %, Gamma-Glob. 17 %, Gesamteiweiß 7,43 g %, Eiweißlabilitätsreaktionen i. S.: Thymol Ø, Takata 100 mg %, Weltmann 8 R.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Hautbefund: Bei symmetrischer Anordnung sind Sitz der Hauterscheinungen die obere Brustregion bis zum Ansatz der Mammae, die Gegend unterhalb der Rippenbögen, die Region oberhalb der Schulterblätter sowie der Lendenbereich.

Vorhanden auf dem Boden unscharf begrenzter, schmutzig-bräunlich pigmentierter Hautareale, regellos verstreut in bald lichter, bald dichter Aussaat und nur teilweise in gruppierter Anordnung, stecknadelkopf- bis linsengroße Bläschen oder Blutkrüstchen tragende, nur wenig über das Hautniveau erhabene, bräunliche bis bräunlich-rote Knoten. Dazwischen dicht stehende, linsengroße, von einem dunkel pigmentierten Randsaum umgebene oberflächliche Narben als Restzustand der oben genannten Effloreszenzen.

Fall 14: G., Waldfriede, 40-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/63

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E.A.: Als Kind Masern und Windpocken. Außerdem Leistenbruchoperation rechts sowie Lymphknotenentfernung rechts.

1939 Appendektomie, 1945 Laparotomie.

Gyn.A.: 1943 Kolpitis diffusa, 1948 Ovarialcyste rechts. 1951 Ovariektomie.

Jetzige Erkrankung: Beginn vor zwei Jahren mit vorübergehenden Besserungen. Seit einigen Wochen zunehmende Exacerbation der Hauterscheinungen.

Aus dem Allgemeinbefund: Leptosomer Konstitutionstyp, inguinal links kirschkerngroßer, indolenter Lymphknoten.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 16 g %, Ery. 4,84 Mill., Leuko. 5900, Diff.: Eos. 1 %, Stabk. 3 %, Segm. 52 %, Lympho. 44 %. Humorales Blutbild: BSG 12/26 mm n.W.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind obere Rückenhälfte, Ellenbeugen und Streckseiten der unteren Extremitäten ausgenommen die Fußrücken.

Vorhanden sind regellos verstreut, in mal lichter, mal dichter Anordnung, stecknadelkopf- bis linsengroße, mehr tast- als sichtbare Knötchen, die teilweise exkoriert sind, teilweise dunkelbraune Krüstchen aufweisen.

Fall 15: H., Olga, 39-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/63

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als 10-jähriges Kind Hautausschlag, der ein Jahr bestand. Mit 18 oder 19 Jahren Ledervergiftung (als Fabrikarbeiterin in einer Lederfabrik).

Gyn. A.: Häufig dysmenorrhische Beschwerden. 1958 sectio caesarea.

Jetzig e Erkrankung: Erster Juckreiz post sectionem caesaream an den oberen und unteren Extremitäten 1958. Seit Sommer 1963 juckender Ausschlag, der sich allmählich auf den ganzen Körper ausbreitete. Exacerbationen im Frühjahr und Herbst und zur Zeit der Menses, besonders 1 - 2 Tage vor und nach der Periode. Steigerung des Juckreizes abends, in der Wärme und nach Genuß von Alkohol und Bohnenkaffee. Juckreiz sistiert sofort, wenn die Papel nach Zerkratzen blutet.

Aus dem Allgemeinbefund: RR 175/105 mm Hg., Schilddrüse etwas vergrößert und weich. Leber 1 QF in der Medioclavicularlinie verbreitert.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 16 g %, Ery. 4,0 Mill., Leuko. 5700, Diff.: Eos. 6 %, Segm. 66 %, Lympho. 26 %, Mono. 2 %. Humorales Blutbild: BSG 18/45 mm n.W., Elektropherogramm: Alb. 56 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 3 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 4 %, Beta-Glob. 14 %, Gamma-Glob. 23 %, Gesamteiweiß 6,27 g %.

Hautbefund: Mit Ausnahme des behaarten Kopfes ist das gesamte Integument Sitz der Hautveränderungen.

In lichter Aussaat glasstechnadelkopf- bis reiskorngroße, zartrote bis bläulich-rote Knoten, die z. T. zentral eine haemorrhagische Kruste aufweisen. Außerdem finden sich noch zahlreiche lineare Kratzeffekte, besonders an Extremitäten und Gesäß.

Fall 16: H., Paula, 63-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/64

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F. A.: Vater an Magen-Carcinom, Mutter an Leber-Carcinom gestorben.

E. A.: Als Kind Masern und Mumps. Seit vielen Jahren Gallenbeschwerden.

Gyn. A.: Menopause seit 1952.

Jetzig e Erkrankung: Seit 4 Jahren schubweise Auftreten kleiner, stark juckender Knötchen, die mit einer Narbe ausheilen.

Aus dem Allgemeinbefund: Pyknischer Konstitutionstyp. Leber 1 QF in

der Medioclavicularlinie verbreitert.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild o.B.

Humorales Blutbild: BSG 19/38 mm n.W., Elektropherogramm:

Alb. 71 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 5 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 10 %, Beta-Glob. 9 %, Gamma-Glob. 5 %, Gesamteiweiß 5,78 g %, Eiweißlabilitätsreaktionen: SGPT 11,34 E/ml, SGOT 7,56 E/ml, ALD 6,41 E/ml.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Galaktosebelastung Ø

Hautbefund: Sitz der Hauterscheinungen sind das Gesicht, der Hals und die Extremitätenstreckseiten.

Vorhanden einzelstehende, reiskorn- bis linsengroße, blaurote Papeln mit einem roten Hof. Als Abheilungsstadium dazwischen etwa linsengroße, zart-atrophische Narben.

Fall 17: K., Josef, 69-jähriger Lehrer - Kr.Bl.Nr. 11/62

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E.A.: Als Kleinkind wahrscheinlich Lungenentzündung, Mandeloperation. 1942 Ekzem am Kinn. 1943 Magengeschwür.

Jetzige Erkrankung: Hauterscheinungen im Gesichtsbereich bestehen seit über einem Jahr, seit 14 Tagen Auftreten eines Herdes an der rechten Hand.

Aus dem Allgemeinbefund: Bei pyknischem Konstitutionstyp bestehen praetibiale Oedeme. Lungengrenzen nur 1 QF in der Scapularlinie verschieblich. Leber 1 QF in der Medioclavicularlinie verbreitert.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 16 g %, Ery. 4,84 Mill., Leuko. 7300, Diff.: Eos. 9 %, Stabk. 2 %, Segm.

46 %, Lympho. 43 %. Humorales Blutbild: BSG 12/24 mm n.W., Elektropherogramm i.S.: Alb. 43 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 4 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 9 %, Beta-Glob. 11 %, Gamma-Glob. 33 %, Gesamteiweiß 7,79 g %.

Harnstatus: chemisch: Ubg. +/+, Harnsediment: Ø.

Galaktosebelastung: I: 0,6 mg %, II: Ø, Porphyrine Ø.

Stuhl: Wurmeier: Ø

Hautbefund: Bei einem grau-bräunlichen Hautkolorit im Gesicht sind Sitz der Hauterscheinungen Gesicht, Arme und Stamm mit Bevorzugung des Rückens.

Dort finden sich diffus verstreut zahlreiche gerötete, reiskorngroße Knoten mit zentralen Exkorationen. Am rechten Handrücken auf der Radialisseite nummulärer, geröteter und nässender Herd. Mazeration und Exfoliation in den Zehenzwischenräumen. Bohnengroße, gerötete und schuppene Herde in der Genitalgegend.

Fall 18: L., Ella, 49-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr.

Diagnose: Prurigo diabetica

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Keine Kinderkrankheiten. Diabetes mellitus seit 1955

Gynäkologisch o. B.

Jetzige Erkrankung: Seit 1955 stark juckende Hauterscheinungen an beiden Unterarmen.

Aus dem Allgemeinbefund: o.B.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 14,7 g %, Ery. 3,94 Mill., Leuko. 10 700, Diff.: Eos. 5 %, Segm. 72 %, Lympho. 20 %, Mono. 3 %. Humorales Blutbild: BSG 22/45 mm n. W., Blutzucker i. A. 168 mg %.

Harnstatus: Alb. Ø, Sach. +, Ubg. -/+, mikroskopisch o. B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen beide Unterarmstreckseiten. In lichter Aussaat linsengroße, scharf begrenzte, lividrote, mehr tast- als sichtbare Knötchen, die zentral eine Exkoration oder eine haemorrhagische Kruste zeigen.

Fall 19: M., Adelheid, 32-jährige Verkäuferin - Kr.Bl.Nr. 11/62

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als Kind Masern, 1950 Lungenentzündung, 1954 Nierenbeckenentzündung mit anschließender Tonsillektomie. Häufig Obstipationen über 2 - 3 Tage.

Gyn. A.: Menses sehr unregelmäßig 4 - 6 Wochen / 5 - 6 Tage. 1 Abort. Linkes Ovar an der Beckenwand fixiert, rechtes Ovar etwas vergrößert.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hauterscheinungen vor 6 Jahren im Gesicht und an den Oberarmen im Anschluß an eine Fehlgeburt. Kein ausgesprochener Juckreiz. Verschlimmerung zur Zeit der Menses.

Aus dem Allgemeinbefund: Subacidität des Magens.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15,2 g %, Ery. 3,8 Mill., Leuko. 7600, Diff.: Baso. 3 %, Stabk. 7 %, Segm. 50 %, Lympho. 39 %, Mono. 1 %. Humorales Blutbild: BSG 3/9 mm n. W., Eiweißlabilitätsreaktionen: Ø, Desmoidpille: keine Blaufärbung. Harnstatus: o.B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind Gesicht, Stamm mit Bevorzugung der vorderen und hinteren Schweißrinne, weniger die Streckseiten der Arme und Oberschenkel.

An der Stirn mehr glasstechnadelkopfgroße, zentral exkorierte, am Rumpf bis linsen- und kleinfingernagelgroße, nur wenig über das Hautniveau erhabene, bräunlich-rote, zentral exkorierte Knoten in teils lichter, teils dichter Aussaat. Daneben haemorrhagische Krusten und meist linsengroße, schmutzig-braune oder depigmentierte oberflächliche Narben, z. T. noch von einem bräunlichen Randsaum umgeben, dort, wo sich die Hauterscheinungen zurückbilden.

Fall 20: M., Maria, 46-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/63

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Post partum Asphyxie bis zum 3. Lebensjahr. Als Kind Masern und Keuchhusten. 1920 Cholera, 1923 Appendektomie, 1937 Nierenbeckentzündung, 1958/59 Ileus-Operation.

Gyn. A.: Partus: 4, Abort: 2; seit 1959 Menopause. Senilatrophisches Genitale.

Jetzige Erkrankung: Seit Juli 1962 unregelmäßig wiederkehrender Juckreiz ohne sichtbare Hauterscheinungen in der rechten Ellenbeuge. Seit November 1962 Auftreten stark juckender Knoten am Rücken.

Aus dem Allgemeinbefund: Starke Obstipation.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15,7 g %, Ery. 3,5 Mill., Leuko. 5500, Diff.: Eos. 3 %, Segm. 35 %, Lympho. 61 %, Mono. 1 %. Humorales Blutbild: o.B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen ist der Rücken im Bereich beider Schulterblätter sowie die Sternalregion.

Vorhanden einzelstehende stechnadelkopf- bis linsengroße, mehr tast- als sichtbare, rötliche Knoten, die teils exkoriert teils mit einer haemorrhagischen Kruste bedeckt sind. Die umgebende Haut ist unverändert.

Nebenbefund: Im Nacken finden sich in einem ca. handtellergroßen Bereich zahlreiche dichtstehende, sattrote, glasstecknadelkopfgroße Papeln: ekzematöse Veränderung.

Fall 21: O., Helene, 54-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/65

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Keine Kinderkrankheiten. 1926 Appendektomie. 1946 Cholecystektomie. 1964 Kieferhöhlenoperation. 1955 Penicillin-Urticaria.

Gynäkologisch: o.B.

Jetzige Erkrankung: Seit einigen Tagen Auftreten von kleinen, sehr stark juckenden Knötchen an beiden Unterschenkelstreckseiten, die sich täglich vermehren.

Aus dem Allgemeinbefund: Leptosomer Konstitutionstyp, Subacidität des Magens.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 13,91 g %, Ery. 4,5 Mill., Leuko. 6200, Diff.: Eos. 3 %, Baso. 1 %, Stabk. 2 %, Segm. 62 %, Lympho. 26 %, Mono. 6 %. Humorales Blutbild: BSG 12/30 mm n.W., Elektropherogramm: Alb. 54 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 6 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 10 %, Beta-Glob. 14 %, Gamma-Glob. 16 %, Gesamteiweiß 7,45 g %. Eiweißlabilitätsreaktionen Ø, Desmoidpille: keine Blaufärbung.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Wurmeier Ø

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen beide Unterschenkelstreckseiten. Vorhanden über beiden Schienbeinkanten bis linsengroße, rote mehr tast- als sichtbare Knötchen, die meist zentral ein haemorrhagisches Krüstchen tragen.

Fall 22: R., Erna, 52-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/65

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als Kind Masern und Gelbsucht. 1947 Appendektomie, seit 1963 Leberschaden.

Gynäkologisch o.B.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hauterscheinungen vor 4 Jahren. Exacerbationen während der Periode und bei Aufregungen.

Aus dem Allgemeinbefund: Pyknischer Konstitutionstyp.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 11,57 g %, Ery. 4,3 Mill., Leuko. 5200, Diff.: Eos. 7 %, Baso. 1 %, Stabk. 3 %, Segm. 58 %, Lympho. 28 %, Mono. 3 %. Humorales Blutbild: BSG 22/47 mm n. W., Elektropherogramm: Alb. 51 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 5 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 8 %, Beta-Glob. 14 %, Gamma-Glob. 22 %, Gesamteiweiß 6,74 g %. Eiweißlabilitätsreaktionen Ø.

Harnstatus: chemisch Ø, Sediment: 5 - 7 Ery. Desmoidpille Ø.

Wurmeier Ø

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind die Extremitätenstreckseiten, der Thorax und der Schulterblattbereich.

Vorhanden in unregelmäßiger Verteilung zahlreiche bis linsengroße, derb infiltrierte gerötete Knoten, die meistens zentral eine haemorrhagische Kruste tragen.

Fall 23: R., Rüdiger, 10-jähriger Schüler - Kr. Bl. Nr. Kl. Kli. /64

Diagnose: Prurigo bei Morbus Addison

Vorgeschichte: F. A.: Ein Geschwister mit 5 Wochen an einer Nebennierenhypoplasie gestorben.

E. A.: Durch Kaiserschnitt im 10. Monat entbunden. Geburtsgewicht 4 250 g. Stadien der Frühentwicklung: Sitzen im 8. Monat, laufen mit 16 Monaten, sauber mit 24 Monaten, guter Schüler. Vom 2. Lebenstag an 6 Monate Klinikaufenthalt wegen einer Rh-Erythroblastose und NN-Insuffizienz. 1958 Windpocken, 1951 Masern und Adenotomie.

Jetzige Erkrankung: Seit 12 Wochen Appetitlosigkeit. Vor 7 Wochen kam R. von einem Ausflug sehr erschöpft zurück, seit dieser Zeit hat er fast täglich zweimal erbrochen. Nach weiteren drei Wochen Zustand völliger Erschöpfung, kalte Extremitäten. Die Haut hat allmählich ein braunes Kolorit angenommen. Nach Aussagen des Großvaters besteht die braune Hautfarbe schon seit dem 5. Lebensjahr.

Aus dem Allgemeinbefund: Asthenischer Konstitutionstyp. An der linken Halsseite und in der Inguinalgegend erbsen- bis bohnen große indolente Lymphdrüsen palpabel. RR 95/70 mm Hg.

Röntgen: schmales Kollapsherz.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: nach 10 Tagen: Hb. 70 E, Ery. 3,6 Mill., Leuko. 6400, Diff.: Baso. 1 %, Eos. 4 %, Segm. 33 %, Lympho. 62 %. Humorales Blutbild: BSG 8/22 mm

n. W., Elektropherogramm: Alb. 62,2 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 2,9 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 12,1 %, Beta-Glob. 8,7 %, Gamma-Glob. 14,1 %, Gesamteiweiß 6,02 g %, Elektrolyte: Na 17,8 mg %, K 320,6 mg %, Cl 355 mg %.  
Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o. B.

Gesamtcorticoide: 3,1 mg/24 Std.; 11,2 mg/1000 ml; Neutrale-17-ketosteroidoide 2,0 mg/24 Std.; bzw. 7,2 mg/1000 ml. Tagesprobe für Blutzucker im Normbereich. NaCl-Ausscheidung: 2,7 g/24 Std. bzw. 9,7 g/1000 ml.

Hautbefund: Bei blonder Haarfarbe besteht eine diffuse bronzefarbene Pigmentierung vom Scheitel bis zur Sohle, die sich an Intensität im Bereich der Akren verstärkt, so vor allem über den dorsalen Fingergelenken, gleichartig auch an den Füßen (entsprechend dem Spitzenpigment nach Thomas). Eine stärker ausgeprägte Melanodermie findet sich ferner auch über der Stirn, Nasenrücken, Schulterblättern, Nabel, Schienbeinkanten, Penischaft, im Bereich der Skrotalraphe und perianal angedeutet. Auch die Handlinien treten durch verstärkte Pigmenteinlagerung hervor. Eine unscharfe, streifige Pigmentierung findet sich über dem Lippenrot, eine zartrauchige über der hinteren Wangenschleimhaut beiderseits, die äußeren Zahnleisten und die Interdentalspapillen sind braun-schwarz durchschimmernd. Zunge und Zungenboden von Pigment frei.

Befallen sind außerdem oberer Rücken, seitlich auf die Schulterblätter übergehend, die lateralen mittleren Rückenanteile, die obere Glutaealregion, Oberschenkelstreckseiten und Knie sowie die proximalen Drittel der Unterschenkelstreckseiten. Neben gruppiert stehenden bis glastecknadelkopfgroßen, mehr tast- als sichtbaren Knötchen, die ganz vereinzelt, wenn sie exkoriert sind, ein haemorrhagisches Knötchen aufweisen, sind auch depigmentierte Närbchen mit dunkelpigmentiertem Randsaum als Abheilungsstadium der oben geschilderten Effloreszenzen vorhanden. Daneben, vor allem jedoch über den Unterschenkelstreckseiten, Lichen simplex-Knötchen ohne Übergang in flächenhafte Lichenifikation.

Fall 24: Sch., Karl, 81-jähriger Rentner - Kr. Bl. Nr. 11/62

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F. A.: Sechs Geschwister, alle als kleine Kinder gestorben.

E. A.: Kinderkrankheiten nicht rememberlich. Später mehrfach Lungenentzündungen.

Jetzige Erkrankung: Seit 1945 starker Juckreiz, der mit zunehmendem Alter sich verstärkte und über den ganzen Körper erstreckt.

Aus dem Allgemeinbefund: Bei asthenischem Konstitutionstyp bestehen axillar kirsch kerngroße, derbe Lymphknoten. Prostata hühnereigroß, glatt, von der Umgebung abgrenzbar, pars intermedia nicht vorhanden. Gering-gradiger Anal-Prolaps.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 17,8 g %, Ery. 3,36 Mill., Leuko. 5500, Diff.: Eos. 6 %, Stabk. 2 %, Segm. 61 %, Lympho. 30 %, Mono. 1 %. Humorales Blutbild: BSG 10/27 mm n. W., Eiweißlabilitätsreaktionen i. S. Ø, alkalische und saure Phosphatase i. S. Ø.

Harnstatus: o.B.

Hautbefund: Es finden sich symmetrisch angeordnet zahlreiche Kratzeffekte neben Exkoriationen, Erosionen und Krusten. Keine Lichenifikation, keine Primäreffloreszenzen. Nach 7 Tagen Auftreten von Hauterscheinungen mit Sitz an Schultern, Oberarmstreckseiten, Oberschenkelstreckseiten und -Innenseiten sowie am Fußrücken.

Vorhanden regellos verstreut in bald lichter, bald dichter Aussaat an Schulter und Oberarmstreckseiten stecknadel- bis reiskorngroße, mehr tast- als sichtbare Knoten, meist zentral exkoriert, an den Oberschenkelstreck- und -innenseiten sowie am Fußrücken beiderseits bis linsengroße Knoten neben hyper- und depigmentierten oberflächlichen Narben. Über dem Gesäß und im Bereich der Lendenregion punkt- bis strichförmige Braunpigmentierung und eine Glutaeochalasis.

Fall 25: Sch., Lothar, 39-jähriger Gärtner - Kr.Bl.Nr. 22/65

Diagnose: Prurigo mykositica

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als Kind mit 8 - 9 Jahren Hautveränderungen, angeblich skrophulös. 1944 im Anschluß an eine Splitterverletzung der linken Thoraxseite mit Rippenfell- und Lungenentzündung wurde eine Lungentuberkulose festgestellt. 1954 Darmtuberkulose. Zwischen 1954 - 1956 viermalige Darmoperation mit Anlegung eines anus praeter, später zurückverlegt. Seit dieser Zeit dünner Stuhlgang.

Jetzige Erkrankung: Seit zwei Jahren einzelstehende kirsch kerngroße, tumoröse Gebilde, die auf Druck eine seröse Flüssigkeit abgaben, Pflaumen-größe erreichten, teilweise plattenartige, fünfmarkstückgroße Bezirke, die z. T. relativ derb infiltriert und auf dem gesamten Integument lokalisiert waren. Zur gleichen Zeit Auftreten von glasstecknadelkopf- bis linsengroßen, juckenden Papeln, in der Reihenfolge des Auftretens Unterarm, Ober-, Unterschenkel, Oberarm und Brust.

Aus dem Allgemeinbefund: Eine linksseitige 2 QF höher als rechts stehende, kaum atemverschiebliche Lungengrenze. Röntgenologisch links ausgedehnte basale Pleuraverschwartungen, spezifische Infektreste im linken Oberlappen und Zustand nach Teilresektion der 5. Rippe. Links etwas zu kleiner Hoden, der rechte Hoden war nicht sicher zu tasten, außerdem Zustand nach Leistenhodenoperation 1948. Heterochromie.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15,74 g %, Ery. 4,6 Mill., Anisocytose, Leuko. 5700, Diff.: Eos. 6 %, Stabk. 3 %, Segm. 58 %, Lympho. 31 %, Mono. 2 %. Humorales Blutbild: BSG 2/4 mm n. W., Eiweißlabilitätsreaktionen: Ø, Elektropherogramm Ø. Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o. B. Wurmeier Ø

Hautbefund: Bei allgemein sebastatischer Hautbeschaffenheit ist Sitz der Hautveränderungen das gesamte Integument.

Vorhanden stechnadelkopf- bis fünfmarkstückgroße Effloreszenzen, die fleckförmig und z. T. relativ derb infiltriert sind. Dazwischen finden sich bis pflaumengroße Tumoren. Alle Effloreszenzen zeigen einen rot-blauroten Farbton.

Daneben hellrote, glasstechnadelkopf- bis linsengroße, stark juckende, mehr tast- als sichtbare Papeln. Sie finden sich besonders zahlreich an den Unterarmstreckseiten, vereinzelt auch an den Unterarminnenseiten; dagegen zahlreicher an der Oberarminnenseite als Oberarmaußenseite. Weiterer Sitz einzelner Effloreszenzen sind Oberschenkel- und Unterschenkelstreckseiten sowie Brustbereich.

Fall 26: Sch., Olga, 52-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/62

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als Kind Masern, Blinddarmreizung und oft Bronchitiden. 1948 Magenulcera mit Blutungen. 1950 Gallenblasenentzündung.

Gyn. A.: 1958 Myom, 1959 periproktitischer Abszeß, 1959 Exstirpation eines Myosarkoms. Als Nachbehandlung erhielt die Patientin eine Röntgenbestrahlung und Testosid-Injektionen. Im Dezember 1960 in der Lunge beiderseits mehrfache knotige Veränderungen. Es folgte eine kombinierte Endoxankur.

Jetzige Erkrankung: Seit 1962 starker Juckreiz, besonders am Rücken und Hautveränderungen an den Oberarm- und Unterschenkelstreckseiten.

Aus dem Allgemeinbefund: Athletischer Konstitutionstyp, geringgradige Heiserkeit.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 90 S.E., Ery. 4,46 Mill., Leuko. 4900, Diff.: Eos. 5 %, Baso. 1 %, Stabk. 1 %, Segm. 63 %, Lympho. 21 %, Mono. 9 %. Humorales Blutbild: BSG 10/24 mm n. W.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o. B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen beide Oberarme, Unterarm- und Unterschenkelstreckseiten.

Vorhanden an den Oberarmstreckseiten bräunlich pigmentierte, ca. linsengroße, zartatrophische Narben als Abheilungsstadium. An der Streckseite des rechten Oberarmes 2 dunkelrote, linsengroße, mehr tast- als sichtbare, derb infiltrierte Knoten. An den Unterarmstreckseiten sattrote, reiskorn- bis linsengroße Knötchen in regelloser Aussaat.

Fall 27: Sch., Sieglinde, 21-jährige Verw.-Angestellte - Kr. Bl. Nr. 11/62

Diagnose: Prurigo simplex subacuta und Lichen simplex

Vorgeschichte: F. A.: o. B.

E. A.: Keine Kinderkrankheiten. 1955 Appendektomie, 1959 Urticaria. Gynäkologisch o. B.

Jetzig e Erkrankung: Beginn der Hautveränderungen mit starkem Juckreiz vor ca. 8 Wochen an den Armen und am Stamm. Juckreiz besonders heftig bei Wärme, der die Patientin zum Aufkratzen der Effloreszenzen zwingt.

Aus dem Allgemeinbefund: o. B.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15,7 g %, Ery. 4,6 Mill., Leuko. 12 200, Diff.: Eos. 2 %, Stabk. 1 %, Segm. 53 %, Lympho. 42 %, Mono. 2 %. Humorales Blutbild: BSG 7/18 mm n. W.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o. B.

Desmoldpille Ø.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind Nacken, vorderer Halsausschnitt, Streckseite der Unterschenkel, Innenseite der Oberschenkel sowie Beuge- und Streckseiten der Arme.

Vorhanden im Nacken und auf der Beugeseite der Unterarme glasstechnadelkopfgroße, plane, glänzende, an die Hautfelderung gebundene, hautfarbene

Knötchen in lockerer Gruppierung. An der Innenseite beider Oberschenkel dichtstehende Lichen simplex-Knötchen mit deutlicher Lichenifikation. Sonst bis reiskorngroße, gerötete, mehr tast- als sichtbare Knoten, die teils zentral Exkorationen, teils haemorrhagische Krüstchen aufweisen.

Fall 28: Sch., Sophie, 35-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr.

Diagnose: Herpes gestationes mit Prurigo-Note

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als Kind Diphtherie, Masern, Mumps und Keuchhusten. Später Appendektomie.

Gyn. A.: Graviditas Mens VIII.

Jetzige Erkrankung: Auftreten der Hauteffloreszenzen vor ca. 14 Tagen an der rechten Stirnseite mit starkem Juckreiz. Seit 8 Tagen Ausbreitung auf das ganze Gesicht und Stamm.

Aus dem Allgemeinbefund: o.B.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15,7 g %, Ery. 4,22 Mill., Leuko. 7000, Diff.: Eos. 2 %, Baso. 1 %, Stabk. 2 %, Segm. 74 %, Lympho. 20 %, Mono. 1 %.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind Gesicht, der vordere Stamm, Rücken und rechte Axilla.

Im Gesicht findet man münzgroße, etwas infiltrierte und plattenartig imponierende, teilweise konfluierende, scharf begrenzte, braunrote Erytheme mit diskreten kleieförmigen Schuppen. Am Stamm Exkorationen und etwa glasstecknadelkopfgroße Bläschen, die, wenn exkoriert, mit bernsteingelben Krusten bedeckt sind. In der rechten Axilla linsengroße Blasen mit gelbserösem Inhalt auf gerötetem Grund.

Fall 29: Sch., Waltraud, 28-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/63

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: 1950, 1954 und 1956 Operation an beiden Knien wegen Knochenwucherungen. Am 2.I.1963 normale Entbindung. Oft Obstipation.

Jetzige Erkrankung: Beginn des Juckreizes ca. 4 Wochen post partum an den Beinen und beiden Nates. Nachdem die Patientin gekratzt habe Auftreten rötlicher Knötchen.

Aus dem Allgemeinbefund: RR 110/70 mm Hg. Geringgradige Vergrößerung des rechten Schilddrüsenlappens.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 16,2 g %, Ery. 4,8 Mill., Leuko. 5800, Diff.: Stabk. 5 %, Segm. 52 %, Lympho. 42 %, Mono. 1 %. Humorales Blutbild: BSG 6/15 mm n.W., Elektropherogramm i.S.: Alb. 52,5 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 3,5 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 11 %, Beta-Glob. 14,5 %, Gamma-Glob. 18,5 %, Gesamteiweiß 6,44 g %. Eiweißlabilitätsreaktionen: Thymol +, Takata 100 mg %, Weltmann 9 Rö.

Harnstatus: chemisch o.B., Harnsediment: vereinzelt Leuko und Ery., mehrere Plattenepithelien.

Desmoidpille Ø.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen beide Beine, mit Bevorzugung der Unterschenkelstreckseiten sowie beide Nates. Neben glasstechnadelkopfgroßen, zart roten, in lichter Aussaat stehenden Knötchen mit zentraler Exkoration oder Blutkrüstchen finden sich zahlreiche Kratzeffekte und als Abheilungsstadium kleine, kreisrunde, elfenbeinfarbene, leicht atrophisierte Närbchen.

Fall 30: W., Anna, 59-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/64

Diagnose: Prurigo hepatica

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als Kind Masern und Keuchhusten. 1957 - 1959 Narbenbruch und Gallenstein-Operation.

Gyn. A.: 1942 Unterleibstumor-Operation.

Jetzige Erkrankung: Beginn vor 4 - 5 Jahren an den Füßen und Beinen, danach übergreifend auf Nates und Rumpf. Seit der Gallenstein-Operation besteht am ganzen Körper Juckreiz.

Aus dem Allgemeinbefund: Milz und Leber 1 - 2 QF in der Medio-clavicularlinie verbreitert. Derbe Konsistenz. Rektusdiastase.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 13 g %, Ery. 3,96 Mill., Leuko. 7000, Diff.: Eos. 6 %, Stabk. 3 %, Segm. 62 %, Lympho. 27 %, Mono. 2 %. Humorales Blutbild: BSG 55/85 mm n.W. Bilirubin i.S. 1,01 mg %, Eiweißlabilitätsreaktionen: Takata 90 mg %, Weltmann 9 R., Thymol-Test +, Elektropherogramm: Alb. 47 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 6 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 7 %, Beta-Glob. 15 %, Gamma-Glob. 25 %, Gesamteiweiß 7,26 g %.

Transaminasen: SGOT 54,48 E/ml, SGPT 47,25 E/ml. ALD 10,86 E/ml  
Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o. B.

Hautbefund: Sitz der stark juckenden Hautveränderungen sind Rumpf, obere und untere Extremitäten und Nates.

Vorhanden in lichter Aussaat glasstecknadelkopfgroße Knoten mit einem zart erythematösen, schmalen Hof, die größtenteils zentral exkoriert und mit einer zentralen kleinen Blutkruste bedeckt sind. Der Juckreiz ist verstärkt nachts und in der Wärme. Nach Aufkratzen der Knoten schlagartiges Nachlassen des Juckreizes.

Fall 31: Z., Erwin, 38-jähriger Schlosser - Kr.Bl.Nr. 11/64

Diagnose: Prurigo simplex subacuta

Vorgeschichte: F. A.: Zwei seiner drei Kinder hatten Milchschorf.  
E. A.: Als Kleinkind ein Jahr lang Fieber ohne geklärte Ursache. Mit 10 Jahren Operation der rechten Halslymphdrüse. 1944 Lues I.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hauterscheinungen vor 10 Jahren zuerst am Rücken als rote, stecknadelkopfgroße Erhabenheiten, die stark juckten, plötzlich auftraten und innerhalb einer Stunde wieder verschwanden. Der Juckreiz sistiert sofort, wenn die Effloreszenz bis zum Bluten aufgekratzt wurde. Im Zustand der Aufregung traten diese Hauterscheinungen besonders häufig auf. Der Juckreiz trat verstärkt in der Wärme auf.

Aus dem Allgemeinbefund: Lymphknoten an der rechten Halsseite unter der alten Incisionsnarbe als kirschkerngroßer Knoten von äußerst harter Konsistenz zu tasten sowie mehrere kleine z. T. walzenförmige Gebilde in beiden Leistenbeugen. Die Schilddrüse zeigt eine etwa pflaumengroße Vorwölbung hinter beiden Sternocleidomastoideusansätzen. Rechter Oberbauch druckschmerzhaft.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15,5 g %, Ery., 4,28 Mill., Leuko. 12 800, Diff.: Eos. 3 %, Segm. 58 %, Lympho. 38 %, Mono. 1 %. Humorales Blutbild: BSG 4/8 mm n. W., Eiweißlabilitätsreaktionen Ø, Elektropherogramm: Alb. 59 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 4 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 6 %, Beta-Glob. 10 %, Gamma-Glob. 21 %, Gesamteiweiß 6,6 g %.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o. B.

Wurmeier Ø.

**Hautbefund:** Neben typischen urticariellen Herden finden sich, besonders an den oberen Anteilen des Stammes und den Streckseiten der Oberarme, zahlreiche disseminiert stehende, stecknadelkopf- bis reiskorngroße, exkorierte Knötchen, die größtenteils mit einer haemorrhagischen Kruste bedeckt sind.

Fall 1: B., Veronika, 60-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/63

**Diagnose:** Prurigo leukodystrophica

**Vorgeschichte:** F.A.: o.B.

E. A.: Als Kind Masern, seit 3 Jahren Gallenblasenentzündung.

Gyn. A.: Menses unregelmäßig, 2 Geburten, keine Fehlgeburten, Gebärmuttervorfall.

**Jetzige Erkrankung:** Im Sommer 1962 erstmals nach einem Garten-aufenthalt heftiger Juckreiz im Gesicht, besonders am Kinn und retroauriculär, am Hals, im Sternalbereich, an den Unterarmen, den Händen und Zehen. Gleichzeitig waren die angegebenen Körperpartien geschwollen, heiß und rot. In den Jahren davor wurden trotz ausgiebiger Gartenarbeit ähnliche Symptome nicht festgestellt. Nach drei bis vier Tagen klingt der Juckreiz jedesmal ab, und die betroffenen Hautstellen schälen sich. Im März 1963 stellte die Patientin Blumenkästen mit alten Geranien aus, beseitigte die welken Blätter und füllte die Kästen mit frischer Blumenerde auf, die Kunstdünger enthielt. Nach ca. zwei Stunden trat ein heftiger Juckreiz auf, die oben genannten Körperpartien wurden heiß und waren geschwollen. Die Patientin sagte wörtlich: es war wie "fliegende Hitze". An den befallenen Körperpartien, besonders an den Unterarmen, an denen die Patientin scheuerte und kratzte, schälte sich die Haut, und es trat eine seröse Flüssigkeit aus; an den unberührt gebliebenen Stellen wich sowohl die Schwellung als auch der Juckreiz nach ca. 5 Tagen. Die Symptome wiederholten sich nach 4 - 6 Wochen jeweils nach Garten-aufenthalt und erreichten ein Maximum in den Monaten Juli und August. Nachdem sich die Haut geschält hatte, wurden die befallenen Körperpartien bräunlich getönt. Dadurch wurden an den Kratzstellen weißliche, mehr oval als runde, depigmentierte Hautareale deutlich sichtbar, die nach Angaben der Patientin schon seit drei Jahren bestehen sollen und von ihr als Residuen tiefaufgekratzter Mückenstiche angesehen werden.

**Aus dem Allgemeinbefund:** adipöse Patientin mit kirsch kerngroßen indolenten Lymphknoten submental. Tonsillen beiderseits hypertrophiert und

gerötet. Leber 2 QF in der Medioclavicularlinie verbreitert. Kyphose der BWS und Lordose der LWS.

RR 160/90 mm Hg.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15 g %, Ery. 3,6 Mill., Leuko. 3700, Diff.: Eos. 2 %, Segm. 32 %, Lympho. 66 %. Humorales Blutbild: BSG 12/28 mm n. W., Rest-N. 50,4 mg %, Eiweißlabilitätsreaktionen Ø.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o. B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind Gesicht, Kinn und seitliche Wangenpartie bis retroauriculär, Hals, Sternalgegend und Streckseiten der oberen Extremitäten.

Dort finden sich reiskorngroße bis pfennigstückgroße, mehr oval als runde, teils isoliert stehende, häufiger aber konfluierende, polycyclische, scharf begrenzte, oberflächliche Herde von elfenbeinweißer Farbe auf einer bräunlich getönten Haut als Abheilungsstadium. Dazwischen liegen ganz vereinzelt linsengroße Erhabenheiten, mehr in die Haut eingelassen als hervorragend, die leicht gerötet und meist mit einer haemorrhagischen Kruste bedeckt sind.

Fall 2: C., Katharina, 71-jährige Hausfrau - Kr. Bl. Nr. 11/63

Diagnose: Prurigo chronica multiformis

Vorgeschichte: F. A.: o. B.

E. A.: Als Kind Masern und Gelbsucht. Im September 1962 wurde Diabetes mellitus festgestellt.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hauterscheinungen am Stamm im Frühjahr 1962 einhergehend mit einem starken Juckreiz. Die "Pickel" wurden aufgekratzt bis es blutete, dann sofortige Sistierung des Juckreizes. In der Wärme und nach Genuß von Tomaten war der Juckreiz verstärkt. Allmähliche Zunahme der Hauterscheinungen.

Aus dem Allgemeinbefund: Asthenischer Konstitutionstyp.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 16,3 g %, Ery. 3,28 Mill., Leuko. 6900, Diff.: Eos. 7 %, Stabk. 1 %, Segm. 71 %, Lympho. 21 %, Humorales Blutbild: BSG 11/25 mm n. W., Elektropherogramm: Alb. 56 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 4 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 8 %, Beta-Glob. 14 %, Gamma-Glob. 18 %, Gesamteiweiß 6,44 g %. Eiweißlabilitätsreaktionen Ø, Blutzucker 159 mg %.

Harnstatus: chemisch: Sacch. ++, Ubg. -/-, Harnsediment: Urate, massenhaft Leuko und Plattenepithelien, Desmoidpille Ø, Stuhl: Wurm-eier Ø.

Hautbefund: Sitz der Hauterscheinungen ist das gesamte Integument mit Ausnahme des Gesichtes und des behaarten Kopfes. Bei Bevorzugung des Rückens finden sich unregelmäßig verstreut bis linsengroße, rote, mehr tast- als sichtbare Knoten, teils im Zentrum exkoriert, teils bedeckt mit einem haemorrhagischen Krüstchen. Dazwischen strichförmige Kratzeffekte und Lichenifikationsherde, besonders zahlreiche an den Armen.

Fall 3: E., Albert, 62-jähriger Rentner - Kr.Bl.Nr.

Diagnose: Prurigonote des endogenen Ekzems; derzeit Erscheinungsbild des seborrhoischen Ekzems (Gestaltswandlung durch Steroidtherapie)

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E.A.: Als Kind Milchschorf. Von 1940 - 1955 bestanden Magengeschwüre und Magenbeschwerden. Seit 1960 arthritische Beschwerden.

Jetzige Erkrankung: Erste Hauterscheinungen 1935. Es waren sehr kleine Knötchen, die kaum sichtbar, jedoch tastbar waren, im Gesicht-, Nacken- und Brustbereich mit starkem Juckreiz. Exacerbationen der Hautveränderungen 1958, 3 Tage nach Beendigung einer stationären Behandlungsphase, diesmal diffus am ganzen Körper.

Aus dem Allgemeinbefund: Einzelne, sehr kleine Lymphknoten in beiden Leistenbeugen. Protusio des linken Auges. Rachen leicht gerötet.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: o.B.

Humorales Blutbild: BSG 15/38 mm n. W., Blutzucker 157 mg %.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind das Gesicht, die vordere Schweißrinne, die Zwischenschulterblattregion und die Streckseiten beider Oberarme.

Vorhanden im Gesicht und im Bereich der vorderen Schweißrinne diffuse, unscharf begrenzte Erytheme, die z. T. mit einer krümeligen Schuppung bedeckt sind und einzelne Prurigoknötchen aufweisen. In der Zwischenschulterblattregion und auf der Streckseite beider Oberarme einzelne, exkorierte, reiskorngroße Prurigoknoten und zahlreiche kleine, rundliche und polycyclische, depigmentierte Flecken im Niveau der Umgebung, ohne atrophische Beschaffenheit (MRACEK-JESIONEK).

Fall 4: F., Erika, 8-jährige Schülerin - Kr.Bl.Nr. 1c/62

Diagnose: Prurigonote des endogenen Ekzems

Vorgeschichte: F. A.: Vater hat Bronchialasthma

E. A.: Im Alter von 6 Wochen Milchschorf, Asthma bronchiale seit dem 1. Lebensjahr, Ekzem seit dem 3. Lebensjahr. Außerdem Windpocken, Lungenentzündung sowie eine Nierenbeckenentzündung. Im Alter von 3 Jahren wurde in der Univ.-Hautklinik Mainz ein Blutschwämmchen im Bereich des linken Auges bestrahlt.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hautveränderungen im 3. Lebensjahr im Bereich der Kniekehlen. Seitdem bestehen Hautveränderungen in wechselnder Stärke. Im Winter jeweils Verschlechterung des Hauterscheinungsbildes.

Aus dem Allgemeinbefund: Bei pyknischem Konstitutionstyp axillar und inguinal linsen- bis kirschkerngroße harte Lymphknoten tastbar. Tonsillen hypertrophisch und zerklüftet.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 92 HE, Ery. 4,78 Mill., Leuko. 7800, Diff.: Eos. 1 %, Stabk. 2 %, Segm. 51 %, Lympho. 41 %, Mono. 5 %. Humorales Blutbild: o.B.  
Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen bei pelzkappenartigem Haaranatz und seitlich rarifizierten Augenbrauen und insgesamt fahlem Hautkolorit sind der Schultergürtel, der obere Rücken, die Flanken, die Oberschenkelstreckseiten, die Kreuzbeingegend sowie die Glutaealregion in großzügiger Symmetrie.

Vorhanden münzgroße, meist über handtellergröße, schmutzigbraun pigmentierte Herde, die als Restzustand weißliche, reiskorn- bis kleinlinsengroße, depigmentierte, ganz oberflächliche Närbchen aufweisen. Daneben finden sich oft mehr tast- als sichtbare, stecknadelkopf- bis reiskorngroße Knötchen, die stellenweise exkoriert oder mit einem haemorrhagischen Krüstchen bedeckt sind.

Außerdem eingestreut in diese Herde sind immer wieder Lichen simplex-Papeln zu beobachten.

Fall 5: G., Gisela, 12-jährige Schülerin - Kr.Bl.Nr.

Diagnose: Prurigonote des endogenen Ekzems

Vorgeschichte: F. A.: o.B.

E. A.: Als Kleinkind Masern, Keuchhusten und Mumps. Mit 6 Jahren wurden die Mandeln gekappt. Kein Asthma, Heuschnupfen, Milchschorf und sonstige allergische Reaktionen.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hautveränderungen mit 7 Jahren im Gesicht. Mit 4 - 5 Jahren bereits starker Juckreiz an beiden Armen und Beinen, besonders heftig in der Wärme. Wegen roter Pöckchen im Gesicht 3 Monate in der Bonner Universitätsklinik ohne Erfolg behandelt. 1963 Aufenthalt an der Nordsee ohne Besserung. Verschlimmerung des Hautleidens im Frühjahr, Besserung im Herbst.

Aus dem Allgemeinbefund: RR 95/65 mm Hg. Axillar erbsgroße, inguinal rechts kirschkerngroßer Lymphknoten von mäßig derber Konsistenz tastbar.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 14,7 g %, Ery. 4,4 Mill., Leuko. 8000, Diff.: Segm. 82 %, Lympho. 18 %. Humorales Blutbild: BSG 13/31 mm n. W., Elektropherogramm: Alb. 61 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 3 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 8 %, Beta-Glob. 9 %, Gamma-Glob. 19 %, Gesamteiweiß 8,09 g %.

Hautbefund: Bei insgesamt grau rötlichem Hautkolorit und allgemein sebastatischer Hautbeschaffenheit sind Sitz der Hautveränderungen das Gesicht, Hals, Stamm und Extremitäten mit Bevorzugung der Oberschenkel und der Streckseiten.

Vorhanden in bald lichter, bald dichter Aussaat reiskorn- bis erbsengroße, zentral Blutkrüstchen tragende, mehr tast- als sichtbare Knoten von mäßig derber Konsistenz, neben zahlreichen Exkorationen und linsengroßen oberflächlichen Närbchen, letztere besonders zahlreich am Rücken. Im seitlichen Gesichtsbereich bis münzengroße, unscharf begrenzte, gelblich-rote, kleinlamellös schuppende Erytheme.

Fall 6: H., Katharina, 67-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/65

Diagnose: Prurigo chronica multiformis

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E.A.: Kinderkrankheiten nicht erinnerlich. 1956 Mamma-Amputation rechts; 1961 Entfernung "einiger Knötchen" im Amputationsbereich. März 1965 Amputation der linken Mamma.

Gynäkologisch o.B.

Jetzige Erkrankung: Ende Mai 1965 nässendes Ekzem im linken Brustbereich. Vor 14 Tagen Auftreten juckender Knötchen an Armen und Beinen.

Aus dem Allgemeinbefund: pyknischer Konstitutionstyp.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 10,09 g %, Ery. 4,4 Mill., Leuko. 8000, Diff.: Segm. 82 %, Lympho. 18 %.

Ery. 3,72 Mill., Leuko. 5600, Diff.: Eos. 6 %, Baso. 1 %, Stabk. 7 %, Segm. 58 %, Lympho. 23 %, Mono. 5 %. Humorales Blutbild: BSG 52/78 mm n. W., Eiweißlabilitätsproben  $\emptyset$ , Blutzucker  $\emptyset$ .  
Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o. B.  
Wurmeier  $\emptyset$

Hautbefund: Am Hautorgan finden sich drei verschiedenartige Hautveränderungen.

Im Bereich beider Amputationsnarben der Mammae typische Röntgenatrophie mit Hyper- und Depigmentierungen sowie zahlreiche Teleangiektasien. Sitz der weiteren Hautveränderungen die Streckseiten der Extremitäten sowie in weit geringfügiger Ausprägung auch am Stamm und im Halsbereich. Vorhanden neben diffusen, unscharf begrenzten, blauroten Erythemen mit ausgeprägter sekundärer Lichenifikation und einer trockenen pityriasiformen Schuppung kleinlinsengroße, z. T. relativ tiefcutan gelegene, mehr tast- als sichtbare Knötchen, die zum größten Teil zentral exkoriert sind und eine serohaemorrhagische Kruste tragen.

Fall 7: K., Rosemarie, 25-jährige Hausfrau - Kr. Bl. Nr. 11/64

Diagnose: Prurigonote des endogenen Ekzems

Vorgeschichte: F. A.: o. B.

E. A.: Als Kind Masern und Windpocken. Kein Asthma, Heuschnupfen, Milchschorf und sonstige allergische Reaktionen.

Gynäkologisch o. B.

Jetzige Erkrankung: Erste Hauterscheinungen im Anschluß an den ersten Partus; betroffen waren nur die Handrücken. Ausbreitung der Hautveränderungen vor ca. 4 Jahren auch auf die Streckseiten der Unterarme. Ellenbeugen seien bis zum April dieses Jahres immer frei von Hauterscheinungen gewesen. Verschlechterung besonders im Herbst und Winter. Behandlung der Patientin in der Mainzer Universitäts-Hautklinik mit weitgehender Abheilung der Hauterscheinungen. Im Anschluß an den zweiten Partus im August kommt es zu einer erneuten Exacerbation, seitdem ständige Zunahme des Juckreizes und der Hautveränderungen. Die Patientin beschreibt die Entstehung der Effloreszenzen wie folgt: "Die Haut sei ganz normal. Es träte zunächst ein sehr heftiger und sie quälender Juckreiz auf, der abends und in der Wärme unerträglich sei als morgens. Dann würde sie kratzen bis es blutet, woraufhin sich die Effloreszenzen erst bildeten".

Aus dem Allgemeinbefund: o. B.

**Laboratoriumsergebnisse:** Celluläres Blutbild: Hb. 12,35 g %, Ery. 3,73 Mill., Leuko. 8200, Diff.: Eos. 3 %, Stabk. 2 %, Segm. 61 %, Lympho. 28 %, Mono. 6 %. Humorales Blutbild: BSG 40/68 mm n. W.

**Harnstatus:** chemisch und mikroskopisch o. B.

**Hautbefund:** Bei insgesamt grau-rötlichem Kolorit und allgemein sebostatischer Hautbeschaffenheit sowie seitlicher Rarefizierung der Augenbrauen (Hertogh'sches Zeichen) und bei weißlicher, kleieförmiger Schuppung des Haarbodens sind Sitz der Hautveränderungen die Halsbeuge, Brustregion, Rücken, Streckseiten der oberen Extremitäten und Handgelenke, Beugeseiten und Streckseiten der unteren Extremitäten.

Vorhanden regellos verstreut stechnadelkopf-, spitz- bis linsengroße Knötchen von mäßig derber Konsistenz. Daneben finden sich strichförmige Kratzeffekte, die vereinzelt mit einer dunkelbraunen Blutkruste bedeckt sind. Im Bereich der Handgelenke und Ellenbeugen ist eine mäßige Lichenifikation festzustellen. Dort, wo Hauterscheinungen sich zurückbilden, findet man unregelmäßig begrenzte, stechnadelkopf- bis linsengroße, sehr oberflächliche Narben, besonders zahlreich zwischen beiden Schulterblättern.

**Fall 8:** K., Ursula, 24-jährige Näherin - Kr. Bl. Nr.

**Diagnose:** Prurigonote des endogenen Ekzems

**Vorgeschichte:** F. A.: Eine Schwester hat Asthma.

E. A.: Als Kind Milchschorf, Masern, Scharlach und Keuchhusten; sehr oft Anginen. 1962 Blasen- und Nierenbeckenentzündung.

**Gynäkologisch o. B.**

**Jetzige Erkrankung:** Erstmals Hauterscheinungen vor 6 - 7 Jahren. Vor 3 Jahren Auftreten stark juckender roter Knötchen auf dem Rücken und auf der Brust. Fachärztliche Behandlung mit Salben und Tabletten. Verschlimmerung stets im Winter. Seit einem halben Jahr Hautveränderungen auch an den Händen, danach Ausdehnung auf Ober- und Unterarme. Vor der Periode jeweils Zunahme des Juckreizes und der roten Knötchen.

**Aus dem Allgemeinbefund:** o. B.

**Laboratoriumsergebnisse:** Celluläres Blutbild: Hb. 15,48 g %, Ery. 4,10 Mill., Leuko. 7000, Diff.: Eos. 4 %, Stabk. 2 %, Segm. 54 %, Lympho. 38 %, Mono. 2 %. Humorales Blutbild: BSG 5/9 mm n. W.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind Brust, Nacken, Schulterbereich und Arme.

Neben glasstecknadelkopfgroßen Knötchen an den Unterarmen, die einen entzündlich geröteten Hof und z. T. zentrale, haemorrhagische Krusten aufweisen, finden sich an beiden Unter- und Oberarmen, an den Schultern, auf der Brust und im Nacken zahlreiche, scharf begrenzte, z. T. konfluierende, rundliche, gering schuppige, lichenifizierte Herde.

Fall 9: R., Elfriede, 30-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 1c/64

Diagnose: Endogenes Ekzem mit Prurigonote

Vorgeschichte: F. A.: Mutter seit Jahren im Sommer ein Ekzem in den Ellenbeugen.

E. A.: Im Säuglingsalter Milchschorf. Als Kind Masern und Keuchhusten. Gynäkologisch o.B.

Jetzige Erkrankung: Varize an der rechten Wade entstand schon bei der Schulentlassung. Während der Gravidität seien neue ausgedehntere Varizen entstanden. Ulcera seit Ende Januar 1962. Im April 1962 trat ein Lichen simplex generalisatus, am 10. Oktober 1962 eine Dermatitis bei Lichen simplex generalisatus, im April 1963 neue Ulcera und gleichzeitig an den Streckseiten lokalisierte, mannigfache bis glasstecknadelkopfgroße, polygonale, plateauartige Papeln auf, die zum größten Teil exkoriert sind. Im Juli 1964 sind am linken Bein wieder Ulcera aufgetreten, im August kleinere, linsengroße Ulcera am rechten Bein. Im September stellte sich ein Ausschlag ein, der sehr stark gejuckte habe. Der Juckreiz war besonders stark abends im Bett, erreichte ein Minimum morgens, um bis zum Mittag wieder anzusteigen. Betroffen sei der ganze Körper gewesen, besonders beide Beine, Hals und Gesicht.

Aus dem Allgemeinbefund: o.B.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 12,35 g %, Ery. 4,0 Mill., Leuko. 8800, Diff.: Eos. 3 %, Stabk. 4 %, Segm. 73 %, Lympho. 20 %. Humorales Blutbild: BSG 5/10 mm n.W.

Hautbefund: Befallen ist das gesamte Integument bei Lichenifikation in der Halsbeuge, im Bereich der seitlichen Wangenanteile und in den Ellenbeugen.

Außerdem finden sich im Bereich des Thorax, des Abdomen, besonders aber an beiden Unterschenkelstreckseiten in lichter Aussaat stecknadelkopfgroße, mit einem roten Hof umgebene, mehr tast- als sichtbare, teilweise zerkratzte und mit einer haemorrhagischen Kruste bedeckte Knötchen.

Fall 10: R., Marianne, 36-jährige Arbeiterin - Kr.Bl.Nr. 1c/64

Diagnose: Endogenes Ekzem mit Prurigonote

Vorgeschichte: F. A.: Vater hat Asthma bronchiale.

E. A.: Als Säugling Milchschorf. 1952 Hepatitis, seit 15 Jahren Asthma bronchiale.

Jetzige Erkrankung: Nach dem ersten Partus 1949 Auftreten eines Ekzems im Gesichtsbereich, das sich 1951 über den ganzen Körper ausbreitete. Nach stationärer Behandlung Besserung, aber seit Oktober 1962 eine zunehmende Verschlechterung des Hautbefundes. Während der beiden folgenden Schwangerschaften waren die Hauterscheinungen vollkommen verschwunden, post partum kam es jeweils wieder zur Exacerbation. Gelegentlich konnte eine Zunahme des Hautleidens kurz vor der Menses festgestellt werden. Beginn der Hautveränderungen mit heftigem Juckreiz, das Gesicht sei entzündet und geschwollen, die Haut gespannt, und unter der Haut brenne es wie "Feuer". Allgemein wechseln asthmatische Beschwerden mit Ekzem ab.

Aus dem Allgemeinbefund: Zustand nach Tonsillektomie; über der Lunge Giemen und Brummen. RR 100/75 mm Hg.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15,0 g %, Ery. 4,02 Mill., Leuko. 4200, Diff.: Eos. 3 %, Segm. 65 %, Lympho. 31 %, Mono. 1 %. Humorales Blutbild: BSG 12/30 mm n.W.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen Stirn, die seitlichen Halspartien, Mammae, Rücken, Ellenbeugen und Kniekehlen sowie Streck- und Beuge-seiten beider Unterschenkel.

Vorhanden auf dem Boden unscharf begrenzter, infiltrierter, wenig gesättigter roter Erytheme, in bald lichter, bald dichter Aussaat bis linsengroße, mehr tast- als sichtbare, exkorierte Knötchen neben linsengroßen Narben, als Residuen der obengenannten Effloreszenzen.

Fall 11: St., Hannelore, 13-jährige Schülerin - Kr.Bl.Nr. 1c/64

Diagnose: Endogenes Ekzem mit Prurigonote

Vorgeschichte: F. A.: o.B., insbesondere kein Heuschnupfen, kein Asthma bronchiale, kein endogenes Ekzem.

E. A.: Paratyphus mit 17 Monaten; als Kind Masern, Keuchhusten und Tonsillektomie.

Gynäkologisch o. B.

Jetzige Erkrankung: Beginn der Hauterscheinungen im 2. Lebensjahr mit einem Beugeekzem. Die übrigen Hautveränderungen bestehen ein halbes Jahr.

Aus dem Allgemeinbefund: o.B.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 15 g %, Ery. 4,7 Mill., Leuko. 8600, Diff.: Eos. 5 %, Segm. 52 %, Lympho. 38 %, Mono. 5 %. Humorales Blutbild: BSG 3/9 mm n.W., Elektropherogramm: o.B.

Wurmeier: Ø

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Hautbefund: Bei einem fahlen Hautkolorit und seitlich rarifizierten Augenbrauen sowie Lichenifikation am Hals und Nacken, in beiden Ellenbeugen und an den Handgelenken Hautveränderungen, ebenso an den Oberschenkelstreckseiten und beiden Mammae.

Vorhanden in dichter Aussaat ca. linsengroße, mehr tast- als sichtbare, relativ tief eingelassene, rote Knoten, die teils exkoriert, teils mit einer haemorrhagischen Kruste bedeckt sind. Außerdem an beiden Unterarmstreckseiten zahlreiche linsengroße, zartatrophische Narben.

Fall 12: V., Ludwig, 71-jähriger Rentner - Kr.Bl.Nr.

Diagnose: Vulgäres Ekzem mit Prurigonote

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als Kleinkind Rachitis. 1915 Verlust des linken Auges infolge Verletzung. 1961 Pneumonie.

Jetzige Erkrankung: Vor 6 Jahren erstmals Blasenbildung an beiden Unterschenkeln. Nach Platzen der Hauteffloreszenzen entzündete sich die Umgebung, und es entstand ein starker Juckreiz. 1959 Befall der oberen Extremitäten mit den gleichen Erscheinungen. Vor ca. 2 Wochen Verschlimmerung des Hautleidens, diesmal unter Einbeziehung der Kopfregion und des Stammes.

Aus dem Allgemeinbefund: In beiden Leistenregionen mehrere kirschengroße, druckempfindliche Lymphknoten. Angedeutete Hühnerbrust.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 17,05 g %, Ery. 4,12 Mill., Leuko. 8500, Diff.: Eos. 6 %, Stabk. 3 %, Segm. 62 %, Lympho. 28 %, Mono. 1 %. Humorales Blutbild: BSG 10/27 mm n.W.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Hautbefund: Das gesamte Hautorgan ist von polycyclischen, unscharf begrenzten Erythemen, in denen sich zahllose stecknadelkopfgroße Papeln finden, die mit einer braunen, haemorrhagischen Kruste bedeckt sind, befallen.

Beide Handgelenksbeugen und beide Unterschenkel sind von großlamellösen Schuppen und haemorrhagisch-serösen Krusten bedeckt.

Fall 13: W., Maria, 41-jährige Hausfrau - Kr.Bl.Nr. 11/62

Diagnose: Prurigo multiformis

Vorgeschichte: F. A.: Vater mit 59 Jahren an "Geschwulst" am Hals gestorben. Eine Schwester hat Asthma.

E. A.: Schilddrüsenleiden aufgetreten vor der Entbindung des 3. Kindes. Sonne wurde immer schlecht vertragen.

Jetzige Erkrankung: Beginn der juckenden Hautveränderungen vor 8 Jahren, 7 Wochen nach der Entbindung des 3. Kindes an den Armen und im Gesicht. Verschlimmerungen stets im Sommer.

Aus dem Allgemeinbefund: Bei pyknisch-athletischem Konstitutionstypus chronische, bedingt focusverdächtige Tonsillitis; apicale Otitis und Hyperacidität des Magens.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 17,0 g %, Ery. 4,72 Mill., Leuko. 7000, Diff.: Eos. 3 %, Stabk. 3 %, Segm. 44 %, Lympho. 47 %, Mono. 3 %. Humorales Blutbild: BSG 27/55 mm n.W., Elektropherogramm: Alb. 57,0 %, Alpha<sub>1</sub>-Glob. 3,0 %, Alpha<sub>2</sub>-Glob. 7,0 %, Beta-Glob. 12,0 %, Gamma-Glob. 21,0 %, Gesamteiweiß 8,36 g %.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Wurmeier Ø.

Hautbefund: Sitz der Hautveränderungen sind die Streckseiten der Unterarme, Handrücken sowie die distalen Oberarmaußenseiten; weniger die seitlichen Wangenanteile und der obere Brustausschnitt.

Auf flächenhaften, z. T. lichenifizierten, besonders an der Wangen- und Halsgegend, an den Handrücken etwas infiltrierten, schmutzig-braun-roten Erythemen in bald lichter, bald dichter Aussaat finden sich bis linsengroße, zentral exkorierte oder Blutkrüstchen tragende, wenig aus dem Hautniveau erhabene, mehr tast- als sichtbare Knoten. Im Bereich der medialen Anteile beider Oberarme finden sich stecknadelkopfgroße, plane, glänzende Lichen simplex-Knötchen. Dazwischen bis linsengroße, weißlich imponierende, oberflächliche Narben als Abheilungsstadium.

Fall 1: R. Ludwig, 66-jähriger Dipl.-Landwirt - Kr.Bl.Nr. 11/62

Diagnose: Prurigo nodularis Hyde

Vorgeschichte: F.A.: o.B.

E. A.: Als Kind Masern und Mumps. 1915 Verwundung des linken Oberschenkels.

Jetzige Erkrankung: Nach Pockenschutzimpfung im Januar Auftreten eines Abszesses an der Impfstelle. Behandlung durch persische Ärzte, ohne Erfolg. Daraufhin Auftreten juckender Knötchen an Armen und Rumpf, die teilweise zerkratzt wurden.

Aus dem Allgemeinbefund: Leber 1 QF am unteren Rippenrand in der Medioclavicularlinie verbreitert. Verkürzung des linken Beines.

Laboratoriumsergebnisse: Celluläres Blutbild: Hb. 17 g %, Ery. 4,44 Mill., Leuko. 7300, Diff.: Eos. 1 %, Stabk. 1 %, Segm. 58 %, Lympho. 38 %, Mono. 2 %. Humorales Blutbild: BSG 18/32 mm n. W.

Harnstatus: chemisch und mikroskopisch o.B.

Desmoidpille +

Stuhl: Dysbakterie Ø.

Hautbefund: Befallen ist das Integument im Bereich des Stammes und der Extremitäten. Unterhalb der rechten Clavicula sowie supraclaviculär links finden sich etwa kinderhandgroße, gerötete, leicht erhabene Herde, in denen deutlich Lichen simplex-Knötchen erkennbar sind. Der Herd über der linken Clavicula ist nicht so kompakt wie der rechts, sondern mehr in einzelne Knötchengruppen aufgelöst. An den Armen beiderseits bestehen regellos verstreut zahlreiche, stecknadelkopf- bis linsengroße Knoten, von denen besonders die größeren zentral zerkratzt sind.

Am rechten Oberarm ein wallnußgroßes, kalottenförmig über das Hautniveau erhabenes, gerötetes Infiltrat nach Sekundärinfektion einer Pockenimpfung.

## 2. Gegenüberstellung von Ätiologie und Lokalisation

Tabelle I

| Fall | Sex | Alter | Ätiologie                                                      | Lokalisation                                                                                                                                       |
|------|-----|-------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | ♂   | 28    | Lymphogranulomatose                                            | Schulterblattregion, Oberarme, Unterschenkel, Fußrücken.                                                                                           |
| 2    | ♀   | 65    | Ulcus ventriculi und Funktionsstörung im Bereich des Dünndarms | Stirn, untere Wangenpartien beiderseits, mittlere Halspartie, Schultergürtel, Brust, Bauch, Oberschenkelaußenseiten und Unterschenkelstreckseiten. |
| 3    | ♀   | 53    | Klimakterium                                                   | Rumpf, bes. Rücken, Nates sowie Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten.                                                                  |
| 4    | ♀   | 51    | Klimakterium                                                   | In symmetrischer Anordnung Nacken, Schulterblattregion, Hüft- u. Inguinalregion, Nates, Rima ani, Oberschenkelstreckseiten und Waden.              |
| 5    | ♀   | 63    | Subacidität des Magens                                         | Halsausschnitt, obere Extremitäten, Streckseiten mehr als Beugeseiten sowie Streck- und Beugeseite des linken Unterschenkels.                      |
| 6    | ♀   | 22    | Schilddrüsenaplasie                                            | Wangen sowie Streckseiten beider Ober- u. Unterarme.                                                                                               |
| 7    | ♂   | 65    | Diabetes mellitus                                              | Streckseiten der oberen und auch Beugeseite der unteren Extremitäten sowie der Stamm.                                                              |
| 8    | ♀   | 16    | Dysmenorrhoe                                                   | Beide Mammae                                                                                                                                       |
| 9    | ♀   | 28    | Menarche                                                       | Stamm, besonders obere Rückenanteile, Nates, Gesicht, obere u. untere Extremität., Strecks. mehr als Beuges.                                       |

| Fall | Sex    | Alter | Ätiologie                        | Lokalisation                                                                                                                                                     |
|------|--------|-------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10   | ♀<br>+ | 58    | Hyperacidität                    | Stamm, Oberarme und Unterschenkel.                                                                                                                               |
| 11   | ♂      | 59    | Hepatopathie                     | Stamm, besonders die caudale Hälfte des Rückens mit Nates und Hypogastrium, Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten sowie Beugeseiten der Oberschenkel. |
| 12   | ♂      | 54    | Hepatopathie                     | Stamm und Extremitäten, weniger Kopf und Gesicht.                                                                                                                |
| 13   | ♀<br>+ | 42    | Dermatitis herpetiformis Duhring | Obere Brustregion bis zum Ansatz der Mammae, unterhalb der Rippenbögen, oberhalb der Schulterblätter sowie Lendenbereich.                                        |
| 14   | ♀<br>+ | 40    | unbekannt                        | Obere Rückenhälfte, Ellenbeugen und Streckseiten der unteren Extremitäten.                                                                                       |
| 15   | ♀<br>+ | 39    | Sectio caesarea                  | Mit Ausnahme des behaarten Kopfes das gesamte Integument.                                                                                                        |
| 16   | ♀<br>+ | 63    | Cholecystopathie                 | Gesicht, Hals, Extremitätenstreckseiten.                                                                                                                         |
| 17   | ♂      | 69    | Ulcus ventriculi                 | Gesicht, obere Extremitäten, Stamm mit Bevorzugung des Rückens.                                                                                                  |
| 18   | ♀      | 49    | Diabetes mellitus                | Unterarmstreckseiten.                                                                                                                                            |
| 19   | ♀      | 32    | Abort, Subacidität               | Gesicht, Stamm mit Bevorzugung der vorderen und hinteren Schweissrinne, weniger die Streckseiten der Arme und Oberschenkel.                                      |
| 20   | ♀<br>+ | 46    | Obstipation                      | Rücken im Bereich beider Schulterblätter und Sternalregion.                                                                                                      |

| Fall | Sex    | Alter | Ätiologie               | Lokalisation                                                                                                                                                                                                                                       |
|------|--------|-------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21   | ♀      | 54    | Subacidität             | Unterschenkelstreckseiten                                                                                                                                                                                                                          |
| 22   | ♀<br>+ | 52    | Hepatopathie            | Extremitätenstreckseiten,<br>Thorax und Schulterblattbereich.                                                                                                                                                                                      |
| 23   | ♂      | 10    | Morbus Addison          | Obere Rückenhälfte, die lateralen<br>mittleren Rückenanteile, die obere<br>Glutaealregion, Oberschenkel-<br>streckseiten und Knie sowie die<br>proximalen Drittel der Unter-<br>schenkelstreckseiten.                                              |
| 24   | ♂      | 81    | Prostatahypertrophie    | Schultern, Oberarmstreckseiten<br>und Oberschenkelstreckseiten so-<br>wie Oberschenkelinnenseiten und<br>Fußrücken.                                                                                                                                |
| 25   | ♂      | 39    | Mycosis fungoides       | Oberarmaußenseiten, zahlreicher<br>Oberarminnenseite, dagegen zahl-<br>reich an den Unterarmstreckseiten,<br>nur vereinzelt an den Unterarm-<br>innenseiten. Außerdem verein-<br>zelt Ober- und Unterschenkelstreck-<br>seiten sowie Brustbereich. |
| 26   | ♀<br>+ | 52    | Myosarkom               | Oberarme, Unterarm- und Unter-<br>schenkelstreckseiten.                                                                                                                                                                                            |
| 27   | ♀<br>+ | 21    | unbekannt               | Vorderer Halsausschnitt, Streck-<br>seite der Unterschenkel sowie<br>Beuge- und Streckseiten der Arme.                                                                                                                                             |
| 28   | ♀      | 35    | Graviditas Mens<br>VIII | Gesicht, der vordere Stamm,<br>Rücken und rechte Axilla.                                                                                                                                                                                           |
| 29   | ♀      | 28    | Partus                  | Beide Beine, mit Bevorzugung der<br>Unterschenkelstreckseiten sowie<br>beide Nates.                                                                                                                                                                |

| Fall | Sex | Alter | Ätiologie           | Lokalisation                                             |
|------|-----|-------|---------------------|----------------------------------------------------------|
| 30   | ♀   | 59    | Cholecystolethiasis | Rumpf, obere und untere Extremitäten sowie Nates.        |
| 31   | ♂   | 38    | unbekannt           | Obere Anteile des Stammes und Streckseiten der Oberarme. |

Tabelle II

| Fall | Sex | Alter | Ätiologie                    | Lokalisation                                                                                                                              |
|------|-----|-------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | ♀   | 60    | Gallenblasenentzündung       | Gesicht- Kinn, seitliche Wangenpartie bis retroauriculär - Hals, Sternalgegend und Streckseiten der oberen Extremitäten.                  |
| 2    | ♀   | 71    | Diabetes mellitus            | Stamm und Extremitäten unter Bevorzugung des Rückens.                                                                                     |
| 3    | ♂   | 62    | Endogenes Ekzem, Magenulcera | Gesicht, vordere Schweißrinne, Zwischenschulterblattregion und Streckseiten der Oberarme.                                                 |
| 4    | ♀   | 8     | Endogenes Ekzem              | Schultergürtel, Rücken, Flanken, Oberschenkelstreckseiten, Kreuzbeingegend, Glutaealregion.                                               |
| 5    | ♀   | 12    | Endogenes Ekzem              | Gesicht, Hals, Stamm, Extremitäten mit Bevorzugung der Oberschenkel und der Streckseiten.                                                 |
| 6    | ♀   | 67    | Mamma-Carcinom               | Streckseiten der Extremitäten, Stamm, Hals.                                                                                               |
| 7    | ♀   | 25    | Endogenes Ekzem post partum  | Halsbeuge, Brustregion, Rücken, Streckseiten der oberen Extremitäten, Handgelenke, Beugeseiten und Streckseiten der unteren Extremitäten. |

| Fall | Sex    | Alter | Ätiologie                            | Lokalisation                                                                                                                            |
|------|--------|-------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8    | ♀<br>+ | 24    | Endogenes Ekzem,<br>Menses           | Brust, Nacken, Schulterbereich,<br>obere Extremitäten.                                                                                  |
| 9    | ♀<br>+ | 30    | Endogenes Ekzem                      | Thorax, Abdomen, besonders<br>Unterschenkelstreckseiten.                                                                                |
| 10   | ♀<br>+ | 36    | Endogenes Ekzem<br>post partum       | Stirn, seitliche Halspartien,<br>Mammae, Rücken, Ellenbeugen,<br>Kniekehlen, Streck- und Beuge-<br>seiten beider Unterschenkel.         |
| 11   | ♀<br>+ | 13    | Endogenes Ekzem                      | Oberschenkelstreckseiten, beide<br>Mammae.                                                                                              |
| 12   | ♂      | 71    | Vulgäres Ekzem                       | Das gesamte Hautorgan.                                                                                                                  |
| 13   | ♀<br>+ | 41    | post partum, Focus,<br>Hyperacidität | Streckseiten der Unterarme, Hand-<br>rücken, distale Oberarmaußen-<br>seiten, weniger seitliche Wangen-<br>anteile und Brustausschnitt. |

### 3. Diskussion der Befunde

Von 45 Prurigofällen der Universitäts-Hautklinik Mainz, die stationär durchuntersucht wurden, entfallen 13 Fälle auf das männliche und 32 Fälle auf das weibliche Geschlecht. Das sich hiermit ergebende Geschlechtsverhältnis steht mit den Anschauungen der Literatur in Übereinstimmung.

Teilt man nun das Krankengut nach morphologisch-descriptiven Gesichtspunkten auf, so entfallen auf die Prurigo simplex subacuta 31 Fälle, davon 9 Fälle männlichen und 22 weiblichen Geschlechts, auf die Prurigo chronica multiformis 13 Fälle, davon 2 männlichen und 11 weiblichen Geschlechts und auf die Prurigo nodularis Hyde ein einziger Fall männlichen Geschlechts.

Weiterhin wurde besonderer Wert darauf gelegt, die Basiserkrankung dieser Erscheinungsformen zu erfassen.

Dabei konnte festgestellt werden, daß sich als ätiologische Momente bei dem Hauterscheinungsbild der Prurigo simplex subacuta im wesentlichen folgende Störungen ergaben: einmal gastroenterale Störungen (Fall 2, 5, 10, 11,

12, 16, 17, 20, 21, 22, 30) sowie ovarielle Funktionsstörungen (Fall 3, 4, 8, 9, 15, 19, 28, 29). Außerdem wurden bei diesem Hauterscheinungsbild noch folgende Grundkrankheiten festgestellt: Stoffwechselstörungen (Fall 7, 18), Granulomatosen (Fall 1, 25), inkretorische Störungen (Fall 6, 23), eine Dermatitis herpetiformis Duhring (Fall 13), eine Prostatahypertrophie (Fall 24) und ein Myosarkom (Fall 26).

Schließlich fanden sich unter dem Krankengut 3 Fälle, bei denen ein ätiopathogenetischer Hinweis nicht zu eruieren war (Fall 14, 27, 31).

Hinsichtlich der Lokalisation praevalieren die Extremitätenstreckseiten, die obere Rückenhälfte, Nates und Stamm sowie Gesichtsbeteiligung.

Es ergaben sich zwar bei der Gegenüberstellung von Lokalisation zur Ätiopathogenese besondere Praedilektionsorte, aber eine Korrelation von bestimmten Verteilungsmustern zu bestimmten Basiserkrankungen ließ sich nicht feststellen.

Betrachten wir nun die Fälle der Erscheinungsformen der Prurigo chronica multiformis, so ist hier festzustellen, daß bei diesem Typ eindeutig das Krankengut durch eine der drei Ekzemformen - nämlich durch die des endogenen Ekzems - gestellt wird (Fall 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11). Es ist besonders hervorzuheben, daß auch hier sog. Basiserkrankungen zu eruieren waren, besonders hormonale Funktionsstörungen, die üblicherweise beim endogenen Ekzem keine Rolle spielen. Aus diesem Grund ist an die Möglichkeit zu denken, ob nicht zusätzliche hormonale Störungen das Erscheinungsbild des endogenen Ekzems zur Prurigonote hin modifizieren.

Weiterhin soll erwähnt werden, daß bei dem Erscheinungsbild der Prurigo chronica multiformis ovarielle Funktionsstörungen (Fall 13), ebenso wie gastroenterogene Faktoren (Fall 1), Stoffwechselstörungen (Fall 2), Neoplasma (Fall 6) und ein vulgäres Ekzem (Fall 12) in einen Causalzusammenhang zu bringen sind.

Gleichfalls, wie bei der Prurigo simplex subacuta, sind als besondere Praedilektionsorte die Extremitätenstreckseiten, die obere Rückenhälfte sowie die Gesichtsbeteiligung als Sitz von Prurigopapeln besonders zu erwähnen. Aber auch hier läßt sich eine Korrelation von bestimmten Verteilungsmustern zu bestimmten Basiserkrankungen nicht feststellen.

Bei dem Fall 1 mit einer Prurigo nodularis Hyde, der im Anschluß an eine Pockenschutzimpfung beobachtet werden konnte, entspricht die Lokalisation den anderen Prurigo-Erscheinungsformen.

### III. ZUSAMMENFASSUNG

Auf die großen Schwierigkeiten in der Nomenklatur der Prurigoerkrankungen wird einleitend hingewiesen, wobei hierfür verschiedene Ursachen in Frage kommen. So werden einerseits für die gleichen Hautaffektionen der Ausdruck Prurigo, andererseits die Bezeichnung Lichen verwendet. Außerdem pflegen besonders die französischen Dermatologen wie BESNIER, DARIER sowie A. CIVATTE den Begriff Prurigo zu weit zu fassen und mit Prurigo auch die Neurodermitis zu bezeichnen. Was weiterhin zusätzlich eine Ordnung erschwert, ist, daß viele Autoren, z.B. wie MASSOT, kaum einen Unterschied zwischen Prurigo und Pruritus machen. Schließlich werden teilweise auch noch ätiologische Faktoren in die Nomenklatur einbezogen.

Eine straffe Einteilung auch nach ätiologischen Gesichtspunkten wäre für Diagnostik und Therapie befriedigender als die meist heute allein übliche Unterteilung nach morphologisch-klinischen Kriterien. Es sollten daher bei der Diagnosestellung und -bezeichnung am besten beide zur Geltung kommen. Nach heutigem Wissensstand ist der Strophulus aus der nosologischen Stellung der Prurigo auszuklammern, wofür besonders DEGOS und KOGOJ eintreten.

Was ist nun heute eigentlich unter Prurigo zu verstehen? Wir verstehen heute unter Prurigo ein polyätiologisches Syndrom mit generalisiert ausgestreuten oder auf einem umschriebenen Raum disseminiert stehenden Papulo-Vesikeln. Die Haut dient hier also als Reaktionsorgan der verschiedenartigsten Störungen einzelner Organe oder Organsysteme. Einer Prurigo-Eruption liegt jeweils eine Basiserkrankung zugrunde, die infolge des breiten ätiologischen Spektrums ganz unterschiedlicher Natur sein kann.

So können ätiopathogenetische Anhalte hauptsächlich auf drei Ursachen zurückgeführt werden:

1. auf toxische (Intoxication, Autointoxication),
2. auf stoffwechselfmäßige (Diabetes mellitus, Uricaemie), und
3. auf hormonelle Funktionsstörungen (primär ovariell und sekundär ovariell bei Hepatopathien, Gravidität, Thyreoidismus).

Das Erscheinungsbild Prurigo ist wohl definiert und klinisch-morphologisch-descriptiv als auch histologisch scharf charakterisiert als eine stark juckende, mehr tast- als sichtbare, stecknadelkopf- bis kirschkerngroße Papulo-Vesikel, der ein subcorneales Bläschen, ein Papillarkörperoedem und ein entzündliches, vorwiegend lymphozytär-eosinophiles, perivaskuläres Infiltrat im Corium zugrunde liegt.

Aufgrund des Schrifttumswissens und der eigenen 45 Prurigofälle läßt sich folgern, daß die Prurigo ein Multifaktorenproblem darstellt und bei der Korrelation zwischen Ätiologie und Lokalisation nicht von einer bestimmten Basiserkrankung auf ein bestimmtes Erscheinungsbild bzw. Verteilungsmuster der Prurigo-Effloreszenzen geschlossen werden kann.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Ahrens, E.: Eczema verruco-callosum nodulare (Prurigo nodularis),  
Dermat. Wschr. 71, 823 (1920) Leipzig
- Alexander, A.: zit. nach Kogoj 1962
- Amicis, de A.: Über eine besondere Prurigoart auftretend bei in Amerika  
geborenen Kindern nicht amerikanischer Eltern bei Rückkehr in die Hei-  
mat, Bull. Soc. franç. Dermat. Syph. 44, 2, 364 - 372 (1937)
- Andrade, R.N.: Prurigo nodular (Hyde 1908), ref.: Ann. Dermat. Syph.  
85, 559 (1958) Paris
- Arguelles-Casals: Deux cas de prurigo nigricant phthiriasiforme,  
Ann. Dermat. Syph. 80, 275 (1953) Paris
- Arndt, G.: zit. nach L. Arzt u. H. Fuhs, Hdb. Haut- u. Geschl. krkh.  
J. Jadassohn, VIII /1, 43 Berlin 1929
- Arndt, J.: Beiträge zur Kenntnis der Lymphogranulomatose,  
Virchows Arch. 209, 432 - 452 (1912)
- Arzt, L. und H. Fuhs: Hauterkrankungen bei Leukosen und Leukoblasto-  
sen sowie verwandten Zuständen, in: Hdb. Haut- u. Geschl. krkh.  
J. Jadassohn VIII /1, 43 (1929) Berlin
- Audry, Ch.: zit. nach Matras, in: Dermatologie u. Venerologie, H. A.  
Gottron u. W. Schönfeld III/2, 1234  
G. Thieme Stuttgart 1959
- Auspitz, H.: Hdb. d. Hautkrkh., in: Hdb. spez. Path. u. Th. Ziemssen  
1883, 193 zit. nach Korting 1954
- Baagoe, K.H.: Inhalantien als aetiologischer Faktor bei Prurigo Besnier,  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 74, 86 - 87 (1950)
- Backer, M.: zit. nach Kogoj (1962)
- Bätge: Beitrag zum Krankheitsbild der Prurigo nodularis Hyde,  
Zschr. Haut- u. Geschl. krkh. 22, 334 - 342 (1957), Berlin
- Barthélemy: zit. M. Winkler, in: Hdb. Haut- u. Geschl. Krkh.  
J. Jadassohn VI/1, 335 (1927) Berlin

- Bateman, Th.: Praktische Darstellung der Hautkrankheiten, Übers. Chr. Calman, E. Kollmann, Leipzig 1835
- Bernhardt, R.: Zur Pathogenese der Prurigo, Arch. Dermat. Syph. 57, 175 (1901) Wien und Leipzig
- Besnier: zit. nach Kogoj (1962)
- Besnier: zit. nach Korting (1954)
- Besnier: (1896): zit. nach Winkler (1927)
- Besselmann, A.: Zur Kenntnis der Prurigo nodularis, Arch. Dermat. Syph. 166, 212 (1932) Berlin
- Blasio, De R.: Etio-pathogénie du Syndrome de De Amicis, Bull.Soc.franç.dermat. syph. 44, 446 - 450 (1937)
- Boas, H.: Das Verhältnis der Prurigo Hebrae zur Tuberkulose, ref. Arch. Dermat. Syph. 106, 416 (1911) Wien und Leipzig
- Bohnstedt, R.M.: Zur Kenntnis der Prurigo nodularis Hyde und deren Beziehungen zur Keratosis verrucosa Weidenfeld, Arch. Dermat. Syph. 165, 808 (1932) Berlin
- Bohnstedt, R.M.: In: Riecke, Lehrb. Haut- u. Geschl. krkh. herausg. H.G. Bode u. G.W. Korting 1962
- Bonnevie, P.: Prurigo nodularis Hyde, ref. Zbl. Haut- u. Geschl.krkh. 51, 90 (1935)
- Bonnevie, P.: Aetiologie und Pathogenese der Ekzemkrankheit, J. Ambros, Barth, Leipzig 1939
- Borda, J.M., D.O. Pierini y S.G. Stringa: Prurigo de facio, ref. Zbl. Haut- u. Geschl.krkh. 78, 157 (1952)
- Bouchard (1887): zit. nach Finger (1900)
- Brack, W.: Zur Aetiologie und Pathogenese von Pruritus und Prurigo bei Hodgkinscher Lymphogranulomatose. Klin. Wschr. 307 (1931)
- Brauer: Falldemonstration: Sommerprurigo (Hutchinson), Zbl. Haut-Geschl.krkh. 25, 647 (1928)

- Braun-Falco, O.: Zur Kenntnis der *Urticaria papulosa chronica*,  
Med. Welt 26, 1371 (1961)
- Braun-Falco, O. und U.M. v.Eickstedt: Beitrag zur *Urticaria papulosa chronica*,  
Hautarzt 8, 534 (1957), Berlin
- Brill, E.: zit. nach J. Bätge (1957)
- Brocq: zit. nach Kogoj (1962)
- Brocq: zit. nach Winkler (1927)
- Brocq, L. u. Jacquet: zit. nach Korting (1954)
- Brocq-Pautrier: zit. nach Kogoj (1962)
- Brunsgaard, E.Chr.: Über die Hauteruptionen bei der myeloiden Leukaemie und der malignen Granulomatose,  
Arch. Dermat. Syph. 106, 105 - 119 (1911) Wien und Leipzig
- Buchal: Sommerprurigo, Falldemonstration,  
Zbl. Haut-Geschl.krkh. 65, 330 (1940)
- Burger: Prurigo aestivalis, Falldemonstration,  
Derm. Wschr. 135, 572 (1957), Leipzig
- Buschke, A.: Über Prurigo lymphatica,  
Dtsch. med. Wschr. 28, 837 - 840 (1902)
- Cederberg, A.: Durch Ascaridiasis hervorgerufene Prurigo Hebra-ähnliche Dermatose,  
Arch. Dermat. Syph. 50, 393 (1926) Berlin
- Chevalley et R. Garcin: Seltener Fall von mangelhafter Schlüsselbein-Schädelbildung bei gleichzeitig bestehender Prurigo Hebrae,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 46, 56 (1933)
- Civatte, A.: Formes cliniques et pathogénie des prurigos,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 34, 54 (1930)
- Cole a.Driver: Prurigo nodularis with improvement after thyroidectomy,  
Arch. dermat. syph. 18, 939 (1928) Chicago
- Comel, M.: Contributo alla clinica delle dermatosi uratiche Prurigo uratica,  
ref. Zbl. Haut- Geschl.krkh. 59, 491 (1938)

- Comel, M.: Über Prurigo uratica,  
Dermat. Zschr. 78, 73 - 76 (1938) Berlin
- Comel, M.: Prurigo uratica,  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 59, 46 (1938)
- Comel, M.: Le prurigo metabolique (der stoffwechselbedingte Prurigo),  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 81, 317 (1952)
- Corlett-Cleveland, W. Th.: Prurigo Hebra in den Vereinigten Staaten,  
ref. Mhefte prakt. Dermat. 40, 73 (1905)
- Darier, J.: Grundriß der Dermatologie, übers. v. K. J. Zwick, Springer,  
Berlin 1913
- Darier, J., A. Civatte u. A. Tzanck: Dermatologie, Hans Huber,  
Bern, Deutsche Übersetzung d. 5. Aufl. d. Originalausg. Dr. med.  
Eva Schwarz 1949
- Darier, J. u. Roberti: zit. J. Darier, A. Civatte u. A. Tzanck:  
Dermatologie 1949
- Darier, J.: Dermatologie, H. Huber, Bern 1949
- Degos, R.: zit. nach Kogoj (1961)
- Degos, R.: zit. nach Winkler (1927)
- Doukas, Ch.: Beitrag zur Kenntnis der Prurigo-de Amicis,  
Dermatologica 80, 135 - 141 (1939) Basel
- Dubreuilh, M. W.: zit. nach A. Lassueur: Prurigo lymphadénique,  
Schweiz. med. Wschr. 57, 2, 40 (1927)
- Duperrat, B.: Précis de Dermatologie, Masson & Co., Paris 1959
- Dymnicky (1923): zit. nach Doukas (1939)
- Epstein, St.: Allergische Lichtdermatosen,  
Dermatologica 80, 291 - 320 (1939) Basel
- Fabry, J.: Über Urticaria pigmentosa xanthelasmoides und Urticaria chronica perstans papulosa,  
Arch. Dermat. Syph. 34, 21 - 37 (1896) Wien und Leipzig
- Fabry, J.: Über zwei Fälle von Neurodermitis nodulosa,  
Arch. Dermat. Syph. 121, 241 - 245 (1916) Wien und Leipzig

Fascio (1930): zit. nach Kogoj (1962)

Favre, M.: Prurigo und Pruritus bei Lymphadenosen  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 33, 793 - 794 (1930)

Finger: Aphoristisches zur Aetiologie der Prurigo,  
Arch. Dermat. Syph. Festschr. 403 (1900) Wien und Leipzig

Finsen: Falldemonstration,  
Dänische Dermatol. Gesellsch. 1932 ref. Zbl. Haut-Geschl. Krkh. 41,  
306 (1932)

Foster, P.D.: Prurigo aestivalis, Falldemonstration,  
Arch. dermat. syph. 72, 282 - 283 (1955) Chicago

Fuchs: Falldemonstration,  
Dermat. Wschr. 134, 831 (1956) Leipzig

Gans, O.: Über spezifische Hautveränderungen bei Erythramie,  
Virchows Arch. path. Anat. 263, 565 (1927)

Gans, O. u. G.K. Steigleder: Histologie der Hautkrankheiten,  
2. Aufl. 1, 266 (1955) Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg

Gebhardi, H.: Exanthematische Hauterscheinungen bei akuter Leukaemischer Reaktion und bei akuter Leukaemie,  
Arch. Dermat. Syph. 187, 605 - 620 (1949) Berlin

Gertler, W.: Falldemonstration,  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 62, 455 (1939)

Gertler, W.: Falldemonstration,  
Dermat. Wschr. 134, 815 (1956) Leipzig

Gertler, W.: Falldemonstration: Prurigo aestivalis mit diffuser Lichenifikation des Gesichtes,  
Dermat. Wschr. 146, 377 (1962) Leipzig

Gilbert et Lereboullet: zit. nach M. Winkler (1927)

Goldschlag: Falldemonstration: Sommerprurigo Hutchinson,  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 28, 243 (1929)

Gotttron, H.: Falldemonstration,  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 41, 193 (1932)

- Gottron, H.: Falldemonstration,  
Dermat. Zschr. 62, 185 (1931) Leipzig
- Gottron, H.: Zur Leukaemie der Haut,  
Med. Klinik 33, 405 (1937)
- Gottron, H. A.: Falldemonstration,  
Dermat. Wschr. 113, 847 (1941) Leipzig
- Gottron, H. A.: Falldemonstration,  
Dermat. Wschr. 137, 388 (1958) Leipzig
- Greither, A. u. H. Tritsch: Lichen Vidal urticatus,  
Hautarzt 4, 200 - 204 (1953) Berlin
- Greither, A. u. H. Tritsch: Weitere Beobachtungen über den sog.  
Lichen Vidal urticatus,  
Hautarzt 9, 198 - 203 (1958) Berlin
- Grinspan, D.: Prurigos de Hebra atipicos,  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 87, 353 (1954)
- Gruber: Falldemonstration,  
Hautarzt 5, 558 (1954) Berlin
- Grüneberg, Th.: Falldemonstration,  
Dermat. Wschr. 148, 223 (1963) Leipzig
- Guerrero, M. A.: Über zwei Fälle von Hebrascher Prurigo hereditärlueti-  
schem Ursprungs,  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 7, 66 (1923)
- Halter: Falldemonstration,  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 58, 245 (1938)
- Halter: Falldemonstration,  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 59, 635 (1938)
- Hardaway (1880): zit. nach Winkler (1927)
- Hartmann, K.: Über eine urticariaartige Hauterkrankung,  
Arch. Dermat. Syph. 64, 381 - 400 (1903) Wien und Leipzig
- Hauss: Falldemonstration,  
Dermat. Wschr. 138, 1348 (1958) Leipzig

- Haxthausen, H.: Le prurigo de Besnier,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 18, 62 (1926)
- Hebra, F. u. M.Kaposi: Lehrbuch der Hautkrankheiten,  
F. Enke, Erlangen 1874
- Herthoge: zit. nach Korting: Zur Pathogenese des endogenen Ekzems,  
G. Thieme, Stuttgart 1954
- Hoffmann, E.: Über Neurodermitis circumscripta, diffusa et exzematoides,  
Hautarzt 3, 391 - 393 (1952) Berlin
- Hoffmann, E. u. R. Stempel: Chronische universelle pruriginöse Erkrankung der Haut mit Bildung zahlreicher Flecke,  
Arch. Dermat. Syph. 146, 147 - 152 (1924) Berlin
- Holder, Ch.: zit. nach M. Winkler, in: Hbd. Haut- und Geschl.krkh.  
J. Jadassohn VI, 1, 213, Springer, Berlin 1927
- Hudelo: zit. nach Kogoj, in: Hdb. Haut- und Geschl.krkh. Erg. Werk,  
J. Jadassohn II/1, S. 502 (1962)  
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg
- Hübner, H.: Über Tuberosis cutis pruriginosa,  
Arch. Dermat. Syph. 81, 209 - 219 (1906) Wien und Leipzig
- Huet, L.: Prurigo lymphadénique, Nouvelle Pratique Dermatologique V,  
288 (1936)
- Hutchinson (1888): zit. nach Sellei u. Liebner (1926)
- Hyde, N.J. (1906): zit. nach Winkler (1927)
- Jacquet: zit. nach Winkler (1927)
- Jadassohn, J.: zit. nach Kogoj (1962)
- Jadassohn, J.: zit. nach Winkler (1927)
- Järnecke, H.: Falldemonstration,  
Zbl. Haut-Geschl.krkh. 60, 371 (1938)
- Jausion und Giard: Falldemonstration,  
Derm. Zschr. 78, 121 (1938) Leipzig
- Jeltakov, M.M.: Prurigo nodularis,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 66, 125 - 126 (1941)

- Kalkoff, K.W.: Falldemonstration,  
Hautarzt, 5, 330 (1954) Berlin
- Kaposi: zit. nach Kogoj (1962)
- Keining, E.: Besondere Vorkommnisse bei leukaemischen Erkrankungen  
der Haut,  
Arch. Dermat. Syph. 189, 303 - 310 (1949) Berlin
- Keining, E. und O.Braun-Falco: Dermatologie und Venerologie,  
J.F.Lehmann, München 1961
- Klauder, J.V.: Falldemonstration,  
Arch. dermat. syph. 38, 145 (1938) Chicago
- Klostermann, C.F. und A. Marsch: Falldemonstration,  
Dermat. Wschr. 148, 337 (1963) Leipzig
- Koch: Aetiologie der Prurigo Hebra,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 66, 312 (1941)
- Kogoj, Fr.: Die morphologischen Aspekte der Prurigo,  
Zschr. Haut- Geschl.krkh. 31, 37 - 49 (1961) Berlin
- Kogoj, Fr.: Urticaria, Strophulus, Prurigo, Pruritus, in: Hdb. Haut- u.  
Geschl.krkh.  
J. Jadassohn, Erg. Werk II, 1, 475 - 519 (1962) Springer, Berlin-  
Göttingen-Heidelberg
- Korting, G.W.: Zur Pathogenese des endogenen Ekzems,  
G. Thieme, Stuttgart 1954
- Kreibich, C.: Über Hautveränderungen bei Pseudoleukaemie und Leuko-  
sarkomatose,  
Arch. Dermat. Syph. 89, 43 - 63 (1908) Wien und Leipzig
- Kreibich, C.: zit. nach Schoenhof: in Hdb. Haut- und Geschl.krkh.,  
J. Jadassohn VIII/1, 281 (1929) Springer
- Kreibich, C.: Prurigoekzem,  
Dermat. Wschr. 94, 849 - 851 (1932) Leipzig
- Kreibich, K.: Über Uratica chronica,  
Arch. Dermat. Syph. 48, 163 - 179 (1899) Wien und Leipzig

- Krinitz, K. u. K. Borchardt: Falldemonstration,  
Dermat. Wschr. 143, 261 (1961) Leipzig
- Künle: Falldemonstration,  
Dermat. Wschr. 141, 75 (1960) Leipzig
- Kuta, A.: Falldemonstration,  
Dermat. Wschr. 141, 678 (1960) Leipzig
- Lailier u. Brocq: zit. nach Kogoj (1962)
- Lassueur, A.: Prurigo lymphadénique,  
Schweiz. med. Wschr. 57, 48 (1927) Basel
- Lehner: Fall von Pseudoleukaemie mit Hautveränderungen,  
Arch. Dermat. Syph. 136, 251 (1921) Berlin
- Lehner: Falldemonstration,  
Zbl. Haut-Geschl. krkh. 17, 625 (1925)
- Lesser, E.: Lehrbuch der Haut-Geschlkrkh.  
F.C.W. Vogel 1886
- Longhin, S. u. T. Busca: Prurigo bei essentieller Anaemie, Falldemonstration,  
Zbl. Haut-Geschl. krkh. 60, 291 (1938)
- Lopez-Gonzalez, G.: Sommerprurigo,  
ref. Zbl. Haut-Geschl. krkh. 113, 96 (1962/63)
- Lortat-Jakob, E.: zit. nach Kogoj, in: Hdb. Haut-Geschl. krkh.  
J. Jadassohn, Erg. Werk II/1, 532 (1962)  
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg
- Louste, M.M., A. Lévy-Franckel et F. Cailliau:  
Prurigo chronique, rappelant le lichen corné nodulaire et atrophique,  
Bull. Soc. franç. dermat. syph. 40, 401-406 (1933)
- Lutz, W.: Neurodermitis,  
Dermatologica 98, 1 (1948) Basel
- Lutz, W.: Lehrbuch der Haut- u. Geschl. krkh.,  
S. Karger, Basel 1957
- Machacek: Falldemonstration,  
Arch. dermat. syph. 25, 573-575 (1952) Chicago

- Manicatide, M. et A. Rusesco: Beziehungen der kongenitalen Syphilis und der Prurigo chronica Hebrae beim Kinde,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 43, 567 (1933)
- Marcussen, P.V.: Dermographic Prurigo,  
Acta dermat.-venereol. 30, 95-113 (1950) Stockholm
- Martinez-Perez, R. et C. Aquilera-Maruri: Die Veränderungen der Hautnerven bei Prurigo nodularis Hyde,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 88, 208 (1954)
- Massot, H.: zit. nach Kogoj, in: Hdb. Haut-Geschl.krkh., J. Jadassohn, Erg. Werk II, 1, 494 (1962)  
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg
- Matras, A.: Die Leukaemie der Haut, in: Dermatologie u. Venerologie, herausg. H.A. Gottron und W. Schönfeld, III/2, 1217-1233 (1959)  
G. Thieme Stuttgart
- Matras, A.: Die Lymphogranulomatose der Haut, in: Dermatologie u. Venerologie, herausg. H.A. Gottron u. W. Schönfeld III/2, 1234-1245 (1959) G. Thieme Stuttgart
- Memmesheimer, A.: Falldemonstration,  
Zbl. Haut-Geschl.krkh. 75, 196 (1950/51)
- Merklen, F.P. et G. Solente: Prurigo mélanogène, cas masculin du "Prurigo melanotico" de Pierini et Borda,  
Bull. Soc. franç. dermat. syph. 60, 56 (1953)
- Meyer, M.: zit. nach Kogoj (1962)
- Mian, E.U.: Contributo alla nosologia delle prurigo: prurigo uratica; prurigo diabetica,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 82, 285-286 (1953)
- Milian, G.: Le prurigo dans la maladie d'Addison,  
ref. Arch. Dermat. Syph. 48, 281-282 (1899), Wien u. Leipzig
- Milian, G.: Prurigo simplex aigu,  
Rev. franç. Derm. Vénér. 2, 109 (1926)
- Milian, G.: Licheninfizierter Prurigo der Vorderarme und des Gesichtes. Rasche Heilung durch antiluische Behandlung,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 54, 91 (1937)

Mracek-Jesioneck: zit. nach Korting, in: Zur Pathogenese des endogenen Ekzems,  
Thieme, Stuttgart 1954

Müller, E.: Konstitutionelle Einflüsse bei Prurigo.  
Dermat.Wschr. 69, 671-678 (1919) Leipzig

Negishi, H.: Ein Fall von Prurigo mit Dystrophia adiposo-genitalis,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 19, 749 (1926)

Negishi, H.: Über den Alkaligehalt im Blut bei Prurigofällen,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 20, 185 (1926)

Neisser, A.: Über den gegenwärtigen Stand der Lichenfrage,  
Arch.Dermat.Syph. 28, 89 (1894)  
Wien und Leipzig

Nielsen: zit. nach C.Rasch: Arch.Dermat.Syph. 123, 773 (1916)  
Wien u. Leipzig

Nobl, G.: Prurigo, in: Arzt-Zieler, Die Haut- u. Geschl.krkh. II,  
279-285 (1935), Urban u. Schwarzenberg, Wien

O'Leary, P.A., L.A. Brunsting, R. Montgomery u. R.R. Kierland: Falldemonstration,  
Arch.dermat.syph. 62, 609 (1950) Chicago

Paetzold, O.H.: Zur Pathogenese der Prurigo,  
Hautarzt 13, 117 (1962) Berlin

Pastinszky, I. u. I. Racz: Hautveränderungen bei inneren Krankheiten,  
Volk u. Gesundheit, Berlin-Jena 1965

Pautrier, L.M.: Lichen obtusus corné (forme anormale de lichénification),  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 3, 452 (1923)

Pautrier, L.M.: Le névrome de la lichénification circonscrite nodulaire chronique,  
Ann.dermat.syph. 5, 897-919 (1934) Paris

Pautrier, L.M.: Prurigo nodularis,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 50, 486 (1935)

Pautrier, L.M.: Les Lichénifications, in: Nouvelle Pratique Dermatologique VII, 500 (1936)

- Pautrier, L.M.: zit. nach Lutz, in: Dermatologica 79, 101 (1939) Basel
- Pautrier, L.M. et A. Ullmo: Über zwei Fälle von Prurigo Hebrae mit positiver Hechtscher Reaktion, die durch antiluetische Behandlung deutlich gebessert wurden, ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 26, 734 (1928)
- Payennevilla: Zwei Fälle von familiärer chronisch umschriebener, knotenförmiger Lichenifikation, ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 7, 478 (1923)
- Perschmann, G.: Falldemonstration, Dermat.Wschr. 115, 797 (1942) Leipzig
- Pezzarossa, G.: Aetiopathogenetische Betrachtungen zu zwei Fällen von Prurigo nodularis Hyde, ref. Dermat.Wschr. 139, 179 (1959) Leipzig
- Pick, E.: Zur Kenntnis der Sommer-Prurigo (Hutchinson), Arch.Dermat.Syph. 146, 466-473 (1924) Berlin
- Pick, W.: Über die circumscripte nodöse, chronische Lichenifikation (Brocq-Pautrier), Arch.Dermat.Syph. 150, 356-366 (1926) Berlin
- Pierini, L.E. u. J.M.Borda: Prurigo melatotica, Hautarzt 11, 104 (1960) Berlin
- Pierini, L.E., J.M.Borda, D.Grinsoan a. D.Pierini: Prurigos, X.Internat.Congr.Dermat.London 1952, Proceedings 400-401 (1953)
- Pinkus, H.: zit. nach Matras, in: Dermatologie u. Venerologie, herausg. H.A.Gottron u. W.Schönfeld, III/2, 1234 G.Thieme Stuttgart
- Pulay, Kambayashi u. Kiuchi: zit. nach Winkler 1927
- Rasch, C.: Über Besniers Prurigo, Dermat.Wschr. 60, 72 (1915) Leipzig
- Rasch, C.: Prurigo nodularis (Hyde), Arch.Dermat.Syph. 123, 764-773 (1916) Wien u. Leipzig

- Rasch, C.: Die Besniersche Prurigo,  
Arch.Dermat.Syph. 148, 642 (1925) Berlin
- Richter, P.: Geschichte der Dermatologie, in: Hdb. Haut- u. Geschl.krkh.,  
J.Jadassohn, XIV, 2, 1-248 (1928)  
Springer, Berlin
- Richter, W.: Falldemonstration,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 53, 8 (1936)
- Roberts, H.L.: Focal infection,  
Brit.J.Dermat.Syph. 33, 319 u. 353 (1921) London
- Rost, G.A.: Die Symmerssche Erkrankung,  
Arch.Dermat.Syph. 187, 331 (1949) Berlin
- Rost, G.A.: Einige Gedanken über Hebras Prurigo,  
Wien.klin.Wschr. 878 (1949)
- Schamberg-Hirschler: zit. nach Rasch, in: Arch.Dermat.Syph.  
123, 773 (1916) Wien u. Leipzig
- Schaumann, J.: Maladie de Schaumann à forme de Prurigo,  
Ann.dermat.syph. 80, 457-476 (1953) Paris
- Schmidt: Prurigo Hebra,  
ref. Dermat.Wschr. 133, 124 (1956) Leipzig
- Schmidt: Prurigo hiemalis, Falldemonstration,  
Zbl. Haut-Geschl.krkh. 44, 498 (1933)
- Schönfeld, W.: Falldemonstration,  
Zbl. Haut-Geschl.krkh. 57, 244 (1938)
- Schönfeld, W.: Lehrbuch der Haut- u. Geschl.krkh. 56-57 (1947),  
G.Thieme Stuttgart
- Schönfeld, W.: Falldemonstration,  
Hautarzt 6, 327 (1955) Berlin
- Schönfeld, W. u. W.Schneider: Lehrbuch der Haut- u. Geschl.krkh.  
G.Thieme, Stuttgart 1965
- Schoenhof, S.: Die Lymphogranulomatose der Haut, in: Hdb.Haut-  
Geschl.krkh., J.Jadassohn, VIII/1, 271-338 (1929)  
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg

- Schröpl, E.: Ein Beitrag zur Pathogenese der Prurigo,  
Dermat. Wschr. 83, 1038 (1926) Leipzig
- Schröpl, E.: Neurodermitis durch Oxyuren. Ein Beitrag zur Pathogenese  
der Prurigo,  
Dermat. Wschr. 83, 1038 (1926) Leipzig
- Sellei, J. u. E. Liebner: Über Prurigo aestivalis,  
Arch. Dermat. Syph. 152, 19-33 (1926) Berlin
- Siemens, H.W.: Allgemeine Diagnostik und Therapie der Hautkrankheiten,  
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1952
- Simon, Cl: Dermatologie, 2. Aufl., Paris, Doin & Cie. 1951
- Singer: zit. nach Finger (1900)
- Spiethoff: Falldemonstration,  
Zbl. Haut-Geschl. krkh. 18, 151 (1926)
- Stockes: zit. nach Korting, S. 29 (1954)
- Strandberg: Falldemonstration,  
Zbl. Haut-Geschl. krkh. 26, 129 (1928)
- Stringo-Vivone: zit. nach Pierini u. Borda, in:  
Hautarzt 11, 107 (1960) Berlin
- Szenicer: Falldemonstration: Sommerprurigo,  
Zbl. Haut-Geschl. krkh. 47, 292 (1934)
- Thies, W.: Neurologische Studie zur Differentialdiagnose der Prurigo nodu-  
laris Hyde und anderer Formen umschriebener Lichenifikation,  
Arch. Dermat. Syph. 201, 539-555 (1955) Berlin
- Török, L.: Urticaria, in: Hdb. Haut- u. Geschl. krkh., J. Jadassohn VI/2,  
161 (1928)  
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg
- Tommasoli: zit. nach Winkler, in: Hdb. Haut- u. Geschl. krkh.,  
J. Jadassohn, VI/1, 301 (1927)  
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg
- Touton: Über Neurodermitis chronica circumscripta (Brocq) = Lichen sim-  
plex chronicus circumscriptus (Cazenave-Vidal),  
Arch. Dermat. Syph. 33, 109-140 (1895) Wien u. Leipzig

- Ullmann: Prurigo ferox bei einem Erwachsenen,  
Zbl. Haut-Geschl.krkh. 5, 213 (1922)
- Ullmann: Falldemonstration,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 30, 439 (1929)
- Unna, P.G.: Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie,  
Ergänzungsband (Hautkrankheiten),  
August Hirschwald, Berlin 1894
- Urbach, E.: Bedeutung und Nachweis eines exogen-allergischen Faktors  
für die Pathogenese der Prurigo Hebra,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 42, 292-293 (1932)
- Urbach, E.: Falldemonstration,  
Zbl. Haut-Geschl.krkh. 53, 159 (1936)
- Urbach, E.: Nachweis der exogen-allergischen Grundlage bei einer typischen Prurigo Hebra,  
ref. Zbl.Haut-Geschl.krkh. 53, 148 (1936)
- Vidal, E.: Du Lichen,  
Ann.dermat.syph. 133 (1886) Paris
- Vörner: Über Prurigo haemorrhagica,  
Münch.med.Wschr. 557 (1906)
- Vohwinkel, K.H.: Zur Klinik, Histologie und Differentialdiagnose des  
Lichen obtusus,  
Arch.Dermat.Syph. 157, 505-516 & 1929) Berlin
- Wagner, E.: Prurigo bei lymphatischer Anaemie,  
Dtsch.Arch.klin.Med. 199-204 (1886)
- Weidenfeld, St.: Über ein eigenartiges Krankheitsbild von Keratosis  
verrucosa,  
Arch.Dermat.Syph. 63, 75 (1902) Wien u. Leipzig
- Weitgasser, H.: Zur Therapie der Prurigo nodularis Hyde,  
Hautarzt 11, 221 (1960) Berlin
- Welfeld: Prurigo Hebra,  
ref. Zbl. Haut-Geschl.krkh. 19, 37 (1926)

- White, C.J.: Falldemonstration,  
Arch.Dermat.Syph. 112, 1027 (1912) Wien u. Leipzig
- Willan (1798): zit. nach Bateman (1835)
- Winkler, M.: Prurigo, in: Hdb. Haut- u. Geschl.krkh., J.Jadassohn,  
VI/1 (1927) 301-336  
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg
- Winstel, A.: Glandes endocrines et dermatoses,  
ref. Franç. d'endocrinol. 3, 37 (1925)
- Woringer, Fr.: Diskussionsbemerkungen zum Thema der Prurigoerkrankun-  
gen,  
Zschr. Haut-Geschl.krkh. 31, 49-51 (1961)
- Zavaleta, A.T. u. A.Mom: Prurigo of Hebra,  
Arch.dermat.syph. 57, 998-1008 (1948) Chicago
- Zeisler, J.: zit. nach Corlett-Cleveland (1905)
- Zierz: Falldemonstration,  
Arch.Dermat.Syph. 191, 721 (1950) Berlin
- Zschunke, E.: Falldemonstration,  
Dermat.Wschr. 124, 970 (1951) Leipzig
- Zumbusch, L.v.: Die Haut- und Geschlechtskrankheiten,  
J.F.Lehmann, München 1935

Herrn Privat-Dozenten Dr. Holzmann danke ich für die Überlassung des Themas und die Ratschläge während der Fertigstellung der Arbeit.

Herrn Professor Dr. Korting, Direktor der Universitäts-Hautklinik, möchte ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen für die Arbeitsmöglichkeiten an der Klinik und die Übernahme des Korreferates.



## LEBENS LAUF

Am 29.September 1933 wurde ich als Sohn des technischen Direktors Theodor Lachner und seiner Ehefrau Edith, geb. Reick, in Nürnberg geboren und im evangelischen Glauben getauft.

1940 kam ich in Viersen (Rhld) in die dortige Volksschule, und am 26.2.1955 bestand ich die Reifeprüfung am humanistischen Stadtgymnasium in Dortmund.

Im Sommersemester 1955 begann ich das Medizinstudium an der Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn und wechselte zum Sommersemester 1959 an die Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Nach Ablegung der naturwissenschaftlichen und ärztlichen Vorprüfung bestand ich nach sechs klinischen Semestern an der Universität Mainz die ärztliche Prüfung am 28.1.1965 mit dem Gesamtergebnis "gut".

Als Medizinalassistent war ich vom 1.4. bis 31.12.1965 an der Hautklinik und vom 1.1. bis 30.6.1966 an der I.Medizinischen Klinik der Universität Mainz tätig.

Seit 1960 bin ich mit der Tochter des verstorbenen Regierungsdirektors Dr.Dr. Gottfried Krummacher verheiratet.









